



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2025

Thèse N° 382

# Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31/12/2025

PAR

**Mlle. Safae SEMIRI**

Née Le 14 Aout 2000 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

---

## MOTS-CLÉS :

Agression sexuelle - Mineur - Certificat médico-légal  
Prélèvement médico-légal

---

## JURY

<b>Mr. M. BOURROUS</b> Professeur en Pédiatrie	<b>PRESIDENT</b>
<b>Mr. A. DAMI</b> Professeur en Médecine légale	<b>RAPPORTEUR</b>
<b>Mr. T. SALAMA</b> Professeur en Chirurgie pédiatrique	} <b>JUGES</b>
<b>Mme. W. LAHMINI</b> Professeur en Pédiatrie	
<b>Mme. B. AABBASI</b> Professeur en Pédopsychiatrie	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي  
أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل  
صالحا ترضاه وأصلح لي في ذريتي  
إني تبت إليك وإني من المسلمين

سورة الاحقاف



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ

الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

[سُورَةُ الْبَقَرَةِ: ٣٢]

صَدِّكَ وَاللَّهُ الْعَظِيمُ



# Serment d'Hippocrate



*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.*

*La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

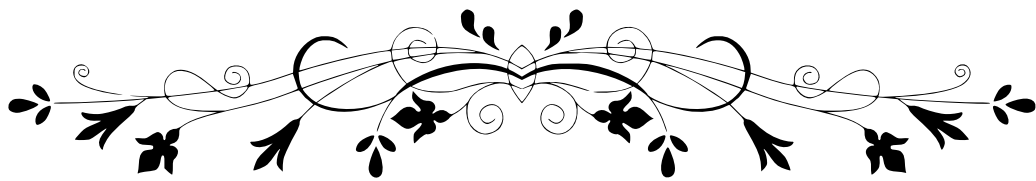
*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

Déclaration Genève, 1948





# **LISTE DES PROFESSEURS**



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI  
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

**ADMINISTRATION**

Doyen : Pr. Said ZOUHAIR  
Vice doyen de la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE  
Vice doyen des Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI  
Vice doyen Chargé de la Pharmacie : Pr. Oualid ZIRAOU  
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie

12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation

43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAJJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie–chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie–réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie–virologie
50	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo–phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro–entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato–orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato–orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne

74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophthalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
82	BELKHOUI Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUI Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale

105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
123	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
133	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale

136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-patologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale

166	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
196	LAMRANI HANCI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie

197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Noureddine	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
217	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
218	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
219	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie-virologie
220	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
221	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
222	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
223	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
224	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
225	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
226	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie
227	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie

228	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
229	EL AOUAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento-faciale
230	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie
231	SBAI Asma	MCHab	Informatique
232	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
233	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
234	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
235	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
236	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organique
237	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
238	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie-réanimation
239	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
240	FIKRI Oussama	MC	Pneumo-phtisiologie
241	EL HAMDAOUI Omar	MC	Toxicologie
242	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
243	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato-orthopédie
244	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
245	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie
246	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
247	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
248	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
249	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
250	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
251	AHMANNA Hussein-choukri	MC	Radiologie
252	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
253	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
254	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
255	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
256	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
257	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation
258	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique

259	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie
260	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
261	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
262	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
263	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
264	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
265	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
266	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
267	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
268	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
269	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
270	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
271	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
272	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
273	BENDAOUZ Layla	MC	Dermatologie
274	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
275	CHATAR Achraf	MC	Urologie
276	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
277	HOUMAID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
278	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
279	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
280	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
281	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
282	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
283	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
284	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
285	BOUKIND Samira	MC	Anatomie
286	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
287	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
288	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
289	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie

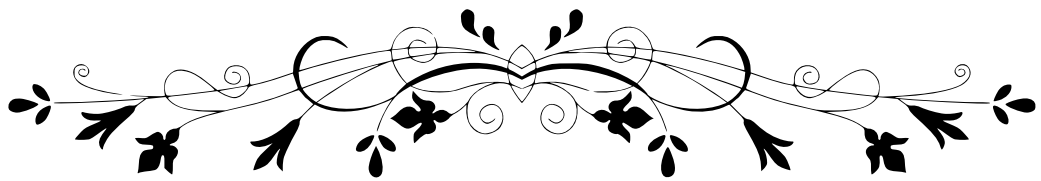
290	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
291	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
292	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
293	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
294	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
295	DAFIR Kenza	MC	Génétique
296	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
297	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
298	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
299	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	MC	Chirurgie générale
300	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
301	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie
302	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
303	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
304	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
305	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
306	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
307	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
308	EL GHOUL Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
309	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
310	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
311	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
312	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
313	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
314	JENDOUCI Omar	MC	Urologie
315	MANSOURI Maria	MC	Génétique
316	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
317	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
318	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
319	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
320	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie

321	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
322	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
323	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
324	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie
325	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
326	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
327	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
328	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
329	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
330	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
331	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
332	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
333	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
334	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
335	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
336	TOURAIIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
337	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
338	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
339	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
340	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
341	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
342	TLEMCANI Younes	MC	Ophthalmologie
343	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie
344	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
345	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
346	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique-bromatologie
347	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
348	EL-OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
349	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
350	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
351	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie

352	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie-obstétrique
353	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie
354	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
355	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie-obstétrique
356	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato-orthopédie
357	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
358	HABBAB Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
359	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie-réanimation
360	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie-embryologie-cyto-génétique
361	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie-réanimation
362	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
363	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
364	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
365	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie-réanimation
366	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologie médicale
367	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
368	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
369	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
370	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
371	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomie pathologique
372	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
373	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
374	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique
375	AZRIOUIL Ouhb	MC	Traumato-orthopédie
376	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
377	EL BEJJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
378	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
379	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation
380	KASSAL Ghizlane	MC	Pédiatrie Néonatalogie
381	RACHID ChayneZ	MC	Pneumo-phtisiologie
382	BALILI Khaoula	MC	Neurologie

383	IGARRAMEN Tariq	MC	Biophysique
384	EL MAGHTOUM Hicham	MC	Anesthésie-réanimation
385	KAOUANI Douaa	MC	Pédiatrie
386	ESSOLI Samira	MC	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
387	HABCHANE Amal	MC	Pharmacologie
388	CHARIK Mohamed Amine	MC	Cardiologie
389	MEZDID Chaymae	MC	Anatomie
390	ROUHI Salma	MC	Hématologie
391	EL OUARRADI Assia	MC	Microbiologie-virologie
392	JOULAL Hajar	MC	Médecine interne

**Liste arrêtée le 25/11/2025**



# **DEDICACES**





*Je tiens à exprimer toute ma profonde reconnaissance à celles et ceux qui m'ont accompagnée tout au long de mon parcours, m'offrant leur soutien précieux et m'aidant à progresser vers la réalisation de mon objectif. C'est avec respect, gratitude et une sincère affection que je leur adresse ces mots.*

*Je dédie cette thèse à*

الله

*A Allah,*

*Le Tout-Puissant, qui a guidé mes pas et éclairé mon chemin.*

*À Lui qui m'a accordé la force de surmonter les épreuves, la patience face aux obstacles et la sérénité dans les moments de doute.*

*C'est par Sa volonté que ce jour a vu le jour, et c'est grâce à Sa miséricorde que j'ai pu avancer.*

*Je Lui rends louange et gratitude infinie, pour les instants de joie comme pour les épreuves, car chacun d'eux a façonné ce que je suis devenue.*

## *A ma très chère mère Nadia,*

*Il n'existe pas de mots assez puissants pour exprimer la profondeur de mon amour et de ma reconnaissance envers toi. Tu es le pilier de ma vie, celle qui m'a portée avec tendresse, élevée avec patience et entourée d'un amour inconditionnel.*

*Par tes sacrifices silencieux, ton dévouement infini et tes prières constantes, tu as tracé pour moi un chemin de lumière et de sagesse. Tu as toujours su trouver les mots pour apaiser mes peines, la force pour m'encourager dans mes doutes, et la chaleur pour réchauffer mon cœur dans les moments les plus difficiles.*

*Cette thèse est le fruit de ton amour, de tes sacrifices et de ton soutien indéfectible. Tout ce que j'ai pu accomplir, je le dois en grande partie à ton abnégation et à la force de ton exemple.*

*Avec tout mon respect, mon admiration et mon amour éternel, je t'offre humblement ce travail comme un hommage à la mère exceptionnelle que tu es.*

## *A mon cher père Abdelhadi,*

*Modèle de sagesse, de persévérance et de dignité. Tu as toujours été pour moi un exemple vivant de courage, de droiture et de patience. Tes sacrifices, souvent silencieux, ton travail acharné et ton dévouement inlassable ont été le socle sur lequel j'ai pu bâtir mon parcours.*

*Par tes conseils éclairés, ton soutien discret mais constant, et ta confiance indéfectible, tu m'as donné la force de croire en moi et d'aller toujours plus loin. Tu m'as appris que les valeurs de respect, d'honnêteté et de persévérance sont les véritables clés de la réussite.*

*Je te dois une immense part de ce que je suis devenue. Cette thèse est aussi la tienne, car elle reflète le fruit de ton amour, de tes sacrifices et de ton engagement pour mon avenir.*

*Avec toute mon admiration, mon respect et mon amour profond, je t'offre humblement ce travail comme un hommage à ton rôle irremplaçable dans ma vie.*

## *A ma chère cousine, ma sœur de cœur Rim,*

*Plus qu'un simple lien de famille, tu es mon double, ma confidente et mon soutien de chaque instant. Depuis toujours, nous partageons les mêmes joies, les mêmes peines, les mêmes rêves et les mêmes espoirs. Ta présence constante à mes côtés a été pour moi une source inestimable de réconfort et de force.*

*Tu as su m'accompagner dans les moments les plus difficiles comme dans les plus heureux, avec la sincérité et la complicité qui font la richesse de notre relation. Nous avons grandi ensemble, main dans la main, et c'est avec une immense gratitude que je reconnais le rôle précieux que tu as joué dans mon parcours.*

*Cette thèse est aussi la tienne, car elle porte en elle l'empreinte de ton amour, de ton soutien et de la belle complicité qui nous unit.*

*Avec tout mon amour et ma reconnaissance, je t'adresse cette dédicace, en hommage à une cousine qui est bien plus qu'une sœur.*

## *A ma petite cousine chérie Marwa,*

*Ta présence dans ma vie est une véritable source de joie et de douceur. Malgré ton jeune âge, tu as su occuper une place unique dans mon cœur, en m'offrant ton affection sincère, ta spontanéité et ta complicité.*

*Toujours à mes côtés, tu as partagé avec moi de nombreux instants précieux, remplis de rires, de confidences et de tendresse. Tu es plus qu'une cousine : tu es une petite sœur avec laquelle je tisse chaque jour des souvenirs inoubliables.*

*Avec tout mon amour et ma reconnaissance, je t'adresse cette dédicace comme un hommage à notre relation si spéciale et à la proximité qui nous unit.*

## *A ma chère tante Widad,*

*Tu as toujours été pour moi bien plus qu'une tante. Ton amour sincère et ton affection sans condition m'ont toujours touchée profondément. Tu ne m'as jamais fait sentir une différence entre tes propres filles et moi, et c'est là l'une des plus grandes preuves de ton cœur généreux et de ton immense bonté.*

*Ton soutien, ta tendresse et ta présence bienveillante m'ont accompagnée tout au long de mon parcours. Je garde une profonde gratitude pour tout l'amour que tu m'as offert, et je mesure chaque jour la chance de t'avoir dans ma vie.*

*Avec tout mon respect, mon affection et mon amour, je t'adresse humblement cette dédicace, en témoignage de la place unique que tu occupes dans mon cœur.*

## *A ma chère tante Karima,*

*Tu as été pour moi bien plus qu'une tante : une seconde mère, une protectrice et une présence irremplaçable dans ma vie. Depuis mon enfance, tu as veillé sur moi avec un amour et une tendresse infinie. Tu as pris soin de moi comme si j'étais ta propre fille, m'entourant de ton affection et de ta bienveillance dès mes premiers jours.*

*Ton dévouement, tes sacrifices et la chaleur de ton cœur ont marqué mon existence d'une empreinte indélébile. Tu as été pour moi un refuge, une source de réconfort et un modèle d'amour maternel.*

*Avec une gratitude profonde et un amour éternel, je t'adresse cette dédicace comme un hommage à tout ce que tu représentes pour moi. Cette thèse est aussi la tienne, car elle porte la trace de ton amour et de tes soins dès mes premiers instants de vie.*

### ***A ma chère tante Souad,***

*Tu as toujours su rendre mon enfance et ma jeunesse plus belles grâce à ta présence et à ton affection. Tu partageais avec moi de belles promenades durant mon enfance et tu savais toujours comment me faire plaisir en m'offrant ce que je désirais. Ton amour, ta générosité et ta bienveillance ont marqué mon cœur et m'ont laissé des souvenirs précieux que je chérirai toute ma vie. Tu as été pour moi une tante attentionnée, une amie complice et une véritable source de bonheur. Avec tout mon respect et ma gratitude, je t'adresse cette dédicace en témoignage de l'importance de ta présence dans ma vie et de la place spéciale que tu occupes dans mon cœur.*

### ***A ma chère tante Soumia,***

*Tu as été pour moi la tante de la joie et de la bonne humeur. Avec toi, chaque moment était rempli de rires, de danse, de chant et d'insouciance. Tu savais transformer les instants simples en souvenirs précieux, et tu as marqué mon enfance par ta gaieté et ton énergie communicative. Grâce à toi, j'ai découvert la beauté de profiter de la vie avec légèreté et bonheur. Tes éclats de rire, tes chansons et ta façon unique d'apporter de la joie resteront à jamais gravés dans mon cœur. Avec tout mon amour et ma gratitude, je t'adresse cette dédicace en hommage à la tante qui a su incarner pour moi le plaisir, la complicité et la joie de vivre.*

### ***A ma chère tante Khadija,***

*Tu es pour moi l'image de la sagesse et de la douceur. Ta sérénité, ton calme et ta bienveillance ont toujours inspiré le respect et l'admiration. À travers tes paroles apaisantes et ton attitude pleine de délicatesse, tu as su transmettre des valeurs profondes et offrir un exemple précieux. Ta présence a toujours été pour moi un réconfort, une source de quiétude et de tendresse. Je garde une gratitude sincère pour tout l'amour discret et la sagesse tranquille que tu as partagés avec moi. Avec respect et affection, je t'adresse cette dédicace comme un hommage à la tante sage et douce que tu es, et à la place spéciale que tu occupes dans mon cœur.*

## *A mon cher oncle Youssef,*

*Tu as toujours été présent à mes côtés, veillant sur moi avec attention et bienveillance. Ton soutien constant et tes nombreux sacrifices, notamment matériels, témoignent de ton immense générosité et de ton attachement sincère.*

*Tu n'as jamais hésité à m'aider, à m'offrir le meilleur de toi-même et à contribuer à mon cheminement, parfois au prix de tes propres efforts et de ton confort. Tes gestes de bonté et de dévouement resteront gravés dans ma mémoire comme une preuve d'amour et de solidarité familiale.*

*Avec une gratitude profonde et un respect infini, je t'adresse cette dédicace, en hommage à tout ce que tu as fait pour moi et à la place irremplaçable que tu occupes dans ma vie.*

## *A mon cher oncle Abdelilah,*

*qui a toujours été pour moi bien plus qu'un oncle, un véritable second père.*

*Par ta présence rassurante, ton soutien indéfectible et tes précieux conseils, tu as marqué de ton empreinte chacune des étapes de ma vie.*

*Ton sens du sacrifice, ta sagesse et ta bienveillance m'ont guidée dans les moments difficiles et ont été pour moi une source constante de force et de motivation.*

*Je te rends hommage à travers ce travail, en témoignage de l'affection, du respect et de la gratitude profonde que je ressens à ton égard.*

*Puissent ces quelques lignes refléter l'importance inestimable que tu occupes dans mon cœur et dans mon parcours.*

## *A la mémoire de mes chers grands-parents,*

*En ce jour qui marque l'aboutissement d'un long chemin, je ressens avec force l'absence de vos présences bienveillantes. J'aurais tant souhaité que vous soyez là, à mes côtés, pour partager la joie et l'accomplissement de ce moment. Votre absence laisse un vide immense, mais vos visages, vos paroles et vos gestes d'amour demeurent gravés à jamais dans mon cœur. Vous avez été pour moi un repère de sagesse, de tendresse et de générosité. Votre affection inconditionnelle, vos conseils et vos prières silencieuses m'ont accompagné bien au-delà de votre départ. C'est grâce à la force des valeurs que vous m'avez transmises et à l'exemple que vous avez incarné que j'ai pu franchir les étapes de ma vie et atteindre ce jour. Cette thèse est aussi la vôtre, car elle reflète en partie l'héritage moral et spirituel que vous m'avez laissé. Puisse Allah, dans Sa grande miséricorde, vous accorder le repos éternel, vous envelopper de Sa lumière et vous accueillir dans Son vaste paradis. Avec un amour éternel et une profonde gratitude, je vous dédie humblement ce travail.*

## *A ma famille maternelle, A ma famille paternelle,*

*Vous êtes ma force, mon refuge et mon repère. Chacun de vous, à sa manière, a contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui. Vos encouragements, vos prières, vos sacrifices et votre amour inconditionnel ont été les piliers qui ont soutenu mon parcours. Dans les moments de doute comme dans les instants de réussite, j'ai toujours trouvé auprès de vous une épaule réconfortante, une parole rassurante et une présence sincère. C'est grâce à vous que j'ai eu la force de persévérer et de franchir les obstacles qui se dressaient devant moi. Cette thèse est le fruit non seulement de mon travail, mais aussi de votre soutien et de vos sacrifices. Je vous la dédie avec tout mon amour, mon respect et ma reconnaissance profonde.*

***A mes chers amis du lycée : Firdaous, Souad, Mohamed et Issam,***

*Nos années de lycée resteront à jamais gravées dans ma mémoire, car elles ont été marquées par votre amitié sincère et votre présence constante. Ensemble, nous avons partagé des moments uniques : des rires, des discussions interminables, des révisions intenses mais aussi des instants de complicité qui ont forgé des souvenirs inoubliables. Vous avez contribué à rendre cette étape de ma vie plus belle, plus légère et plus riche. Votre soutien, vos encouragements et la chaleur de notre amitié m'ont accompagné bien au-delà des murs du lycée, jusqu'à ce jour important.*

*Avec toute mon affection et ma gratitude, je vous dédie humblement ce travail, en hommage à l'amitié précieuse qui nous unit.*

***A ma chère amie Bouthaina,***

*Véritable compagne de route tout au long de ces années d'études, de travail et de gardes interminables, tu as été présente à chaque étape de ce parcours, dans les moments de fatigue comme dans ceux de joie.*

*Merci pour ton soutien constant, ton écoute bienveillante et ta capacité à trouver les mots justes quand tout semblait trop lourd. Ta présence m'a souvent redonné courage et motivation lorsque le découragement prenait le dessus.*

*Au fil du temps, notre amitié est devenue bien plus qu'un simple lien universitaire : une relation sincère, solide et remplie de complicité. Merci pour tous les fous rires partagés, les discussions interminables et les souvenirs précieux qui marqueront à jamais cette belle période de ma vie.*

### *A ma chère amie Salma Semlali,*

*Même si notre rencontre est récente, tu as su très vite trouver une place toute particulière dans mon cœur. En un temps si court, tu es devenue bien plus qu'une simple amie : une véritable confidente, une présence douce et rassurante à mes côtés. Ta bienveillance, ton écoute et ta capacité à comprendre sans juger ont souvent été un véritable réconfort. Tu as su partager avec moi non seulement les moments de joie et de réussite, mais aussi les instants de doute et de fatigue, toujours avec des mots justes et une attitude positive. Merci pour ta sincérité, ta générosité et pour toutes ces petites attentions qui montrent à quel point tu es une personne rare. Ce parcours aurait eu une tout autre saveur sans ta présence, et je garderai toujours un souvenir précieux de cette belle amitié née au cœur de nos études.*

### *A ma chère amie Ilham,*

*Notre rencontre en sixième année a été une belle surprise, et pourtant, il m'a semblé te connaître depuis toujours. En si peu de temps, tu es devenue bien plus qu'une amie : une véritable sœur de cœur. Ta gentillesse, ta bonne humeur et ton soutien constant ont illuminé cette étape de mon parcours. Merci pour les rires partagés, les discussions profondes, les moments de doute apaisés et cette belle complicité qui s'est tissée entre nous. Je garderai précieusement le souvenir de cette amitié née tardivement, mais devenue si forte et sincère.*

### *A ma chère amie Maria,*

*À toi, que j'aime profondément pour ton grand cœur, ta générosité et ta joie de vivre communicative. Tu es de ces personnes rares qui savent répandre la bonne humeur et transformer les journées ordinaires en moments lumineux. Ta présence, ton écoute et ton énergie positive ont souvent su apaiser mes angoisses et redonner le sourire dans les moments de fatigue ou de doute. Merci pour ta gentillesse sincère, ton soutien sans faille et ta capacité à toujours voir le bon côté des choses. Tu es une amie exceptionnelle, pleine de vie et d'humanité, et je suis infiniment reconnaissante d'avoir partagé ce chemin avec toi.*

## *A mes chères amies*

*Sara, Chaimae, Laila, Khadija, Aya, Selsabil, Samia, Awatif,*

*À vous que j'ai eu la chance de rencontrer tout au long de ce parcours, et qui avez su, chacune à votre manière, marquer ma vie de votre présence, de votre bienveillance et de votre amitié sincère.*

*Vous avez illuminé mes journées d'études par vos sourires, vos mots d'encouragement et votre énergie. Dans les moments de doute, vous avez été ce soutien discret mais si précieux, cette force silencieuse qui m'a permis d'avancer. Dans les moments de joie, vous avez été là pour partager les rires, les réussites et les instants inoubliables. Merci pour toutes ces heures passées ensemble, pour les confidences, les fous rires, les partages spontanés et les souvenirs que je garderai toujours avec tendresse. Ce parcours aurait été bien différent sans vous, et je mesure aujourd'hui à quel point votre présence a compté. Vous avez marqué mon cœur et fait de ces années une aventure humaine inoubliable, remplie d'amitié, de complicité et d'amour.*

## *A mes chères amies Salma et Imane,*

*Je tiens à vous adresser un immense merci du fond du cœur pour tout ce que vous avez été pour moi tout au long de ce parcours. Votre présence constante, votre écoute bienveillante, et votre soutien inestimable ont été d'un réconfort précieux dans les moments de doute comme dans ceux de joie. Vos sourires ont souvent été ma dose de motivation quotidienne, et votre bonne humeur, un vrai rayon de soleil dans les journées parfois grises. Merci d'avoir été là, dans les moments de stress, à encourager, à rassurer, à relativiser. Merci aussi d'avoir partagé les petits bonheurs simples, les réussites, les fous rires et ces souvenirs qui resteront gravés dans ma mémoire. À toutes les personnes qui me sont chères et que je n'ai pas mentionnées, et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'accomplissement de ce travail, je tiens à exprimer ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance.*

*A Professeur Fatima Ajmani,*

*Qui a su, tout au long de la période de ma thèse, être constamment à l'écoute,  
disponible et bienveillante.*

*Votre accompagnement attentif, vos conseils éclairés et votre patience m'ont permis  
de surmonter les difficultés et d'avancer avec confiance.*

*Votre présence a été un véritable appui, tant sur le plan scientifique que sur le plan  
humain, et je vous en suis profondément reconnaissante.*

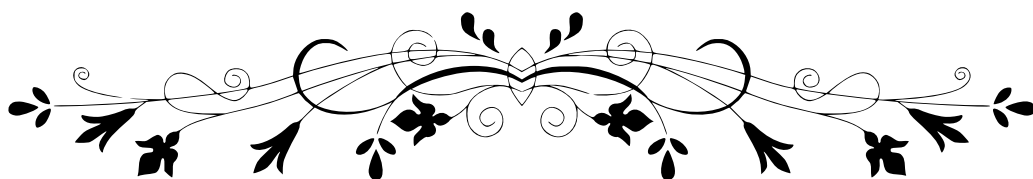
*Je vous dédie ce travail comme témoignage de mon respect, de ma gratitude et de  
mon estime sincère.*

*À toute l'équipe du service de médecine légale du CHU Mohammed  
VI de Marrakech.*

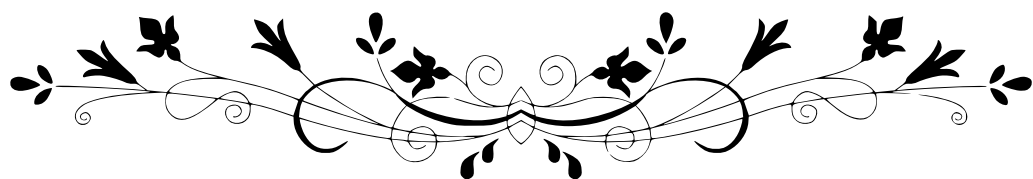
*À tous mes enseignants tout au long de mes études*

*À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis  
involontairement de citer*

*À tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin à l'élaboration de  
ce travail*



# REMERCIEMENTS



*A notre maître et président de thèse*  
*Pr. Mounir BOURROUS*  
*Professeur de pédiatrie au CHU Mohammed VI de*  
*Marrakech*

*Nous tenons à vous exprimer notre gratitude la plus profonde pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury. Votre présence à la tête de cette instance ne constitue pas seulement une distinction institutionnelle : elle représente pour nous une véritable marque de confiance et une reconnaissance précieuse du travail accompli. Nous vous sommes particulièrement reconnaissants pour l'intérêt sincère que vous portez à cette étude, mais également pour la qualité exceptionnelle de l'enseignement que vous dispensez et dont nous avons eu la chance de bénéficier tout au long de notre formation. Votre rigueur scientifique, alliée à une remarquable humilité, ainsi qu'à des qualités humaines rares et une bienveillance constante, fait de vous une figure profondément inspirante pour vos étudiants. Votre engagement, votre sens du devoir académique et votre capacité à transmettre avec générosité la rendent encore plus admirable à nos yeux.*

*A notre maître et rapporteur de thèse :*  
*Pr. Abdallah DAMI*  
*Professeur de médecine légale au CHU Mohammed VI de*  
*Marrakech*

*Vous m'avez fait un immense honneur en me confiant cette thèse. Sous votre direction, j'ai pu acquérir des connaissances et des compétences précieuses qui m'accompagneront tout au long de ma carrière. Vous avez su m'orienter avec patience et bienveillance, tout en m'encourageant à donner le meilleur de moi-même. Vos conseils avisés et votre riche expérience ont été pour moi une véritable source d'inspiration et de motivation. Je vous suis également profondément reconnaissante pour le temps et l'énergie que vous avez consacrés à ce travail, en relisant attentivement mes écrits, en affinant mes idées et en m'incitant à persévérer. Grâce à l'atmosphère de confiance et de respect que vous avez instaurée, j'ai pu évoluer dans des conditions de travail optimales. Je mesure pleinement la chance que j'ai eue de bénéficier de l'accompagnement d'un maître aussi compétent que bienveillant.*

*Vos qualités humaines et professionnelles, alliées à votre rigueur et à votre dévouement, resteront pour moi un modèle à suivre dans l'exercice de cette noble mission. Veuillez accepter, cher maître, l'expression de mon estime et de mon profond respect.*

*A mon maître et juge de thèse :*  
*Pr. Tarik SALAMA*  
*Professeur de chirurgie pédiatrique au CHU Mohammed*  
*VI de Marrakech*

*Vous nous avez fait l'immense honneur d'accepter de siéger au sein de ce jury, et nous tenons à vous exprimer nos remerciements les plus sincères pour la confiance que vous avez bien voulu nous accorder. Votre présence ne constitue pas seulement une participation formelle : elle représente pour nous un véritable privilège, ainsi qu'une marque d'estime précieuse qui nous touche profondément.*

*Nous mesurons pleinement la valeur du temps que vous nous consacrez, de votre expertise et de l'attention bienveillante que vous portez à l'évaluation de ce travail.*

*Votre regard éclairé, votre sens de la rigueur et votre engagement académique confèrent à cette soutenance une dimension particulière et enrichissante.*

*Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude, ainsi que l'assurance de nos sentiments les plus respectueux et de notre haute considération.*

*A mon maître et juge de thèses :*  
*Pr. Widad LAHMINE*  
*Professeur de pédiatrie au CHU Mohammed VI de*  
*Marrakech*

*Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse. Votre présence, votre écoute et la qualité de vos remarques ont apporté une réelle valeur à ce travail.*

*Je souhaite également vous dire combien je vous admire en tant que femme forte, engagée et d'une grande intégrité. Votre rigueur scientifique, votre sens de l'exigence et votre capacité à inspirer et encourager vos étudiants font de vous un modèle que je respecte profondément.*

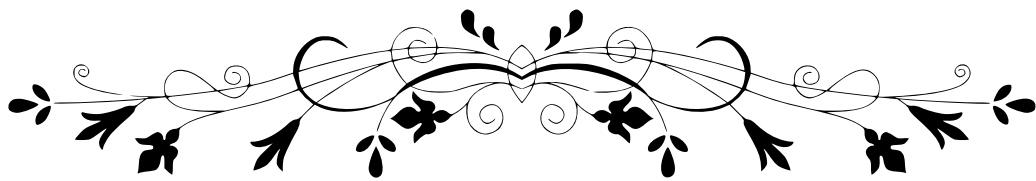
*Je vous remercie sincèrement d'avoir consacré de votre temps à l'évaluation de mon travail, ainsi que pour la force et la motivation que vous transmettez à travers votre parcours et votre engagement.*

*A mon maître et juge de thèse :*  
*Pr. Bouchra AABBAZI*  
*Professeur de pédopsychiatrie au CHU Mohammed VI*  
*de Marrakech*

*Nous vous exprimons toute notre profonde reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant d'évaluer cette thèse et en nous accordant de votre temps précieux. Votre présence parmi les membres du jury représente pour nous bien plus qu'une simple formalité : c'est un véritable privilège qui témoigne de votre engagement, de votre bienveillance et de l'intérêt que vous portez au travail des étudiants.*

*Nous sommes sincèrement touchés par votre disponibilité, la qualité de votre regard scientifique et la finesse de vos remarques, qui ne peuvent qu'enrichir et valoriser ce travail.*

*Veillez agréer, cher Maître, l'expression de notre gratitude la plus profonde, ainsi que l'assurance de notre respect et de notre haute estime.*



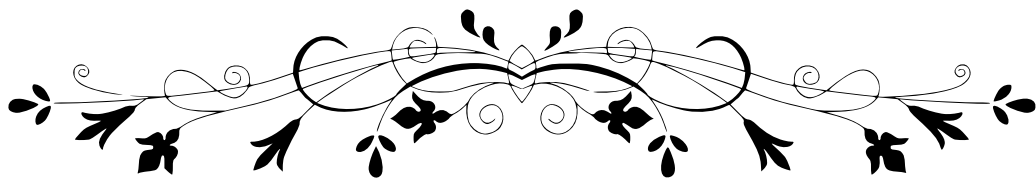
## **ABBREVIATIONS**



## Listes des abréviations

<b>CHU</b>	:	Centre hospitalier universitaire
<b>OMS</b>	:	Organisation mondiale de la santé
<b>UNICEF</b>	:	United nations children's fund
<b>ONG</b>	:	Organisation non gouvernementale
<b>ONU</b>	:	Organisation des nations unies
<b>CNDH</b>	:	Conseil national des droits de l'Homme
<b>ECPAT</b>	:	End Child Prostitution in Asian Tourism (Mettre fin à la prostitution enfantine dans le tourisme asiatique)
<b>INED</b>	:	Institut National des Etudes Démographiques
<b>NSPCC</b>	:	National Society for the Prevention of Cruelty to Children
<b>CIDE</b>	:	La convention internationale des droits de l'enfant
<b>ESPT</b>	:	Etat de stress post traumatique
<b>NICHD</b>	:	National Institute of Child Health and human development
<b>UNESCO</b>	:	United National Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture)
<b>NCVC</b>	:	National Center for Victims of Crime (Centre national pour les victimes de crime)
<b>INSP</b>	:	Institut National de Santé Publique
<b>CAPTA</b>	:	Child Abuse Prevention and Treatment Act (Loi sur la prévention et le traitement des abus envers les enfants)
<b>DSM</b>	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

<b>LPJ</b>	:	Loi sur la protection de la jeunesse National Institute of Child Health and Human Development
<b>NICHD</b>	:	(Institut national de la santé infantile et du développement humain)
<b>MENA</b>	:	Middle East and North Africa (Moyen orient et Afrique du Nord)
<b>CML</b>	:	Certificat médico-légal
<b>ITT</b>	:	Incapacité Totale de Travail
<b>IST</b>	:	Infection sexuellement transmissible
<b>GHB</b>	:	Gamma Hydroxybuturate
<b>TPHA</b>	:	Treponema pallidum hemagglutinations assay
<b>VDRL</b>	:	Venereal disease research laboratory
<b>PSA</b>	:	Prostate specific antigen
<b>SAT</b>	:	Sérum anti tétanique
<b>VAT</b>	:	Vaccine anti tétanique
<b>HVC</b>	:	Virus de l'hépatite C
<b>HVB</b>	:	Virus de l'hépatite B
<b>HVA</b>	:	Virus de l'hépatite A
<b>PEPVIH</b>	:	Prophylaxie post Exposition au VIH
<b>TDF</b>	:	Ténofovir Disoproxil Fumarate
<b>FTC</b>	:	Emtricitabine
<b>VIH</b>	:	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>DTG</b>	:	Dolutégravir
<b>PCR</b>	:	Polymérase Chain Reaction
<b>HPV</b>	:	Human Papilloma Virus
<b>ELISA</b>	:	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
<b>EMDR</b>	:	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Désensibilisation et traitement par les mouvements oculaires)
<b>B-HCG</b>	:	Human chorionic gonadotropin (gonadotrophine chorionique humaine)



## **TABLEAUX ET FIGURES**



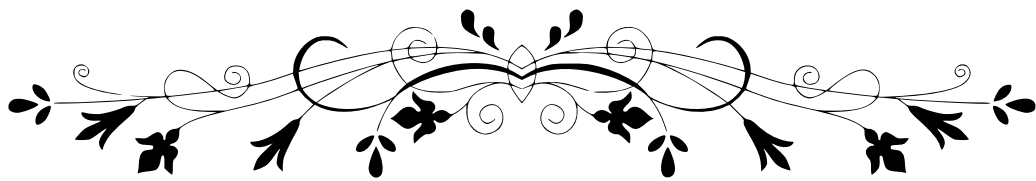
## Listes des figures

Figure 1 : Distribution selon le mode de révélation .....	10
Figure 2 : Distribution selon le délai entre agression et consultation.....	11
Figure 3 : Distribution selon l'accompagnant.....	12
Figure 4 : Distribution selon les signes d'appel.....	13
Figure 5 : Distribution selon le sexe des victimes.....	14
Figure 6 : Distribution selon l'âge des victimes .....	15
Figure 7 : Distribution selon l'âge et le sexe des victimes .....	16
Figure 8 : Distribution selon le niveau de scolarité des victimes .....	16
Figure 9 : Distribution selon les habitudes toxiques des victimes.....	17
Figure 10 : Distribution selon les antécédents d'agressions .....	19
Figure 11 : Distribution selon l'architecture familiale .....	20
Figure 12 : Distribution selon la situation professionnelle des parents.....	21
Figure 13 : Distribution selon les habitudes toxiques des parents.....	22
Figure 14 : Distribution selon le nombre d'enfants dans la fratrie. ....	23
Figure 15 : Distribution selon le rang dans la fratrie. ....	24
Figure 16 : Distribution selon le nombre de personnes vivant sous le même toit. ....	25
Figure 17 : Distribution selon le sexe de l'agresseur.....	26
Figure 18 : Distribution selon le nombre d'agresseurs. ....	27
Figure 19 : Distribution selon le lien entre l'agresseur et la victime.....	28
Figure 20 : Distribution selon l'état de l'agresseur lors de l'agression.....	29
Figure 21 : Distribution selon l'heure de l'agression .....	30
Figure 22 : Distribution selon le lieu de l'agression.....	31
Figure 23 : Distribution selon la répétition de l'agression .....	32
Figure 24 : Distribution selon les contraintes associées à l'agression sexuelle .....	33
Figure 25 : Distribution selon le site d'éjaculation. ....	36
Figure 26 : Distribution selon le nombre d'éjaculation.....	37
Figure 27 : Distribution selon autres types d'agressions. ....	37
Figure 28 : Distribution selon les lésions somatiques.....	38
Figure 29 : Distribution selon les types des lésions sexuelles chez les filles.....	40
Figure 30 : Distribution selon les lésions anales chez les filles.....	41
Figure 31 : Distribution selon les lésions anales chez les garçons.....	41

Figure 32 : Distribution selon les bilans demandés. ....	42
Figure 33 : Distribution selon le traitement proposé. ....	43
Figure 34 : Distribution selon l'orientation des victimes.....	44
Figure 35 : La figure illustre l'examen gynécologique en position de grenouille. (142) .....	108
Figure 36 : La figure illustre l'examen de l'hymen par traction labiale.....	108
Figure 37 : La figure illustre l'examen clinique du bord postérieur de l'hymen.....	109
Figure 38 : La figure illustre les différents aspects de l'hymen. ....	110
Figure 39 : La figure illustre un hymen annulaire.(143) .....	111
Figure 40 : La figure illustre un hymen non perforé chez une enfant pré pubère.(143) .....	111
Figure 41 : Localisation des lésions de l'hymen sous forme d'un quadrant horaire.....	112

## Liste des tableaux

Tableau I: Distribution des victimes selon l'âge et le sexe .....	15
Tableau II: Caractérisation des victimes ayant des habitudes toxiques.....	17
Tableau III: Caractéristiques de l'agression en cas d'agresseurs multiples. ....	27
Tableau IV: Distribution des types d'agressions sexuelles selon le sexe .....	35
Tableau V: Distribution des lésions somatiques selon la localisation. ....	38
Tableau VI: Distribution selon les types de lésions sexuelles chez les filles .....	39
Tableau VII: comparaison des consultations sur réquisition judiciaire des enfants victimes d'agression sexuelle selon les études. ....	74
Tableau VIII: Comparaison du sexe des victimes selon les études .....	77
Tableau IX: comparaison selon la moyenne d'âge.....	78
Tableau X: Comparaison selon l'âge des victimes. ....	79
Tableau XI: Comparaison du niveau de scolarité selon les études. ....	79
Tableau XII: Comparaison de l'architecture familiale. ....	82
Tableau XIII: Comparaison du sexe de l'agresseur selon les études. ....	86
Tableau XIV: comparaison du pourcentage d'un seul agresseur selon les études. ....	86
Tableau XV: Comparaison du lien de la victime avec l'agresseur selon les études.....	87
Tableau XVI: Comparaison du lien de la victime avec l'agresseur en cas d'agresseur connu. ....	87
Tableau XVII: Comparaison des lieux d'agression les plus fréquents selon les études. ....	89
Tableau XVIII : Comparaison de la contrainte la plus souvent associée aux agressions sexuelles dans notre étude par rapport aux autres études .....	90
Tableau XIX: Comparaison du type d'agression sexuelle selon les études. ....	91



# PLAN



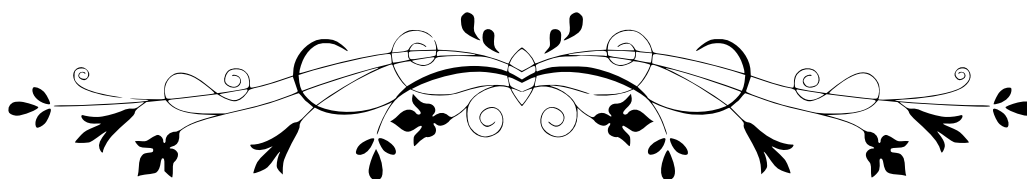
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>5</b>
<b>I. Description de l'étude</b> : .....	<b>6</b>
<b>II. Population Cible</b> : .....	<b>6</b>
1. Critères d'inclusion : .....	6
2. Critères d'exclusion : .....	6
<b>III. Objectif de L'étude</b> : .....	<b>6</b>
1. Objectif général : .....	6
2. Objectifs secondaires : .....	6
<b>IV. Méthodologie et analyse</b> : .....	<b>7</b>
1. Recueil des données : .....	7
2. Analyse statistique : .....	8
<b>V. Considérations éthiques</b> : .....	<b>8</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>9</b>
<b>I. Modalités de consultation</b> : .....	<b>10</b>
1. Mode de révélation : .....	10
2. Type de consultation : .....	10
3. Délai entre agression et consultation : .....	11
4. Accompagnants : .....	12
5. Signes d'appel : .....	13
<b>II. Données sur la victime</b> : .....	<b>14</b>
1. Répartition selon le sexe : .....	14
2. Répartition selon l'âge : .....	15
3. Niveau de scolarité : .....	16
4. Habitudes toxiques : .....	17
5. Antécédents médico-chirurgicaux : .....	18
6. Développement psychomoteur : .....	18
7. Antécédents d'agressions : .....	18
<b>III. Données sur la famille</b> : .....	<b>19</b>
1. Architecture familiale : .....	19
2. Situation professionnelle des parents : .....	21
3. Habitudes toxiques des parents : .....	22
4. Nombre d'enfants dans la fratrie : .....	23
5. Rang dans la fratrie : .....	24
6. Nombre de personnes vivantes sous le même toit : .....	25
<b>IV. Données sur l'agresseur</b> : .....	<b>26</b>
1. Sexe : .....	26

2. Nombre d'agresseurs :	27
3. Lien entre l'agresseur et la victime :	28
4. Etat de l'agresseur lors de l'agression :	29
<b>V. Circonstances de l'agression :</b>	<b>30</b>
1. Heure de l'agression :	30
2. Lieu de l'agression :	31
3. Répétition de l'agression :	32
4. Contraintes associées à l'agression sexuelle :	33
5. Type d'agression sexuelle :	34
6. Sites d'éjaculation :	36
7. Nombre d'éjaculations :	36
8. Autres types d'agression :	37
<b>VI. Evaluation médico-légale :</b>	<b>38</b>
1. Constatation de l'examen somatique :	38
2. Constatations de l'examen sexuel :	39
2.1. Chez les filles :	39
2.2. Chez les garçons :	41
<b>VII. Bilan et traitement :</b>	<b>42</b>
1. Bilan :	42
1.1. Bilan médical :	42
1.2. Bilan médico-légal :	42
2. Traitement :	43
<b>VIII. Orientations des victimes :</b>	<b>44</b>
1. Professionnels de santé :	44
2. Autorités judiciaires :	44
<b>IX. Suivi des victimes :</b>	<b>44</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>45</b>
<b>I. Définitions :</b>	<b>46</b>
<b>II. Epidémiologie :</b>	<b>48</b>
<b>III. Types des agressions sexuelles:</b>	<b>51</b>
1. Pénétration:	51
2. Attouchements sexuels :	51
3. Harcèlement sexuel :	52
4. Coercition sexuelle psychologique :	52
5. Exhibitionnisme et voyeurisme :	52

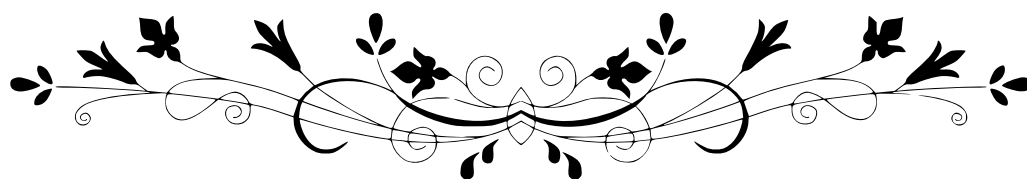
<b>IV. Signes d'appel :</b>	<b>52</b>
<b>V. Facteurs de risque ou de vulnérabilité :</b>	<b>55</b>
1. Facteurs individuels :	55
2. Facteurs familiaux :	57
3. Facteurs relationnels :	59
4. Facteurs sociaux :	60
<b>VI. Cadre législatif :</b>	<b>62</b>
<b>VII. Discussion des résultats :</b>	<b>72</b>
1. Modalités de consultation :	72
1.1. Mode de révélation :	72
1.2. Type de consultation :	73
1.3. Délai entre agression et consultation :	74
1.4. Accompagnants :	75
1.5. Signes d'appel :	76
2. Données sur la victime :	76
2.1. Répartition selon le sexe :	76
2.2. Répartition selon l'âge :	78
2.3. Niveau de scolarité :	79
2.4. Habitudes toxiques :	80
2.5. Antécédents médico-chirurgicaux :	80
2.6. Développement psychomoteur :	80
2.7. Antécédents d'agressions :	81
3. Données sur La famille :	81
3.1. Architecture familiale :	81
3.2. Situation professionnelle des parents :	82
3.3. Habitudes toxiques des parents :	83
3.4. Nombre d'enfants dans la fratrie :	84
3.5. Rang dans la fratrie :	85
4. Données sur l'agresseur :	85
4.1. Sexe :	85
4.2. Nombre d'agresseurs :	86
4.3. Lien avec l'agresseur :	87
4.4. Etat de l'agresseur lors de l'agression :	88
5. Circonstances de l'agression :	88
5.1. Heure de l'agression :	88
5.2. Lieu de l'agression :	88
5.3. Répétition des agressions sexuelles :	89

5.4. Contraintes associées à l'agression :	89
5.5. Types d'agression sexuelle :	90
5.6. Sites d'éjaculation :	91
5.7. Nombre d'éjaculations:	91
5.8. Autres types d'agressions :	92
6. Evaluations médico-légales :	92
6.1. Constatations de l'examen somatique :	92
6.2. Constatations de l'examen sexuel :	92
7. Bilan et traitement :	94
7.1. Bilan :	94
7.2. Traitement :	95
8. Orientation des victimes :	95
<b>VIII. Les principes médico-légaux de la prise en charge d'un mineur victime d'agression sexuelle :</b>	<b>97</b>
1. Accueil et sécurisation de l'enfant victime :	98
1.1. Création d'un climat sécurisant :	98
1.2. Gestion de l'entourage :	98
1.3. Écoute initiale et absence d'interrogatoire :	99
1.4. Traçabilité et dossier initial :	99
2. Examen clinique :	100
2.1. Entretien et anamnèse avec l'enfant et l'entourage :	100
2.2. 2.2 Examen somatique général :	105
3. Examens complémentaires :	115
3.1. Prélèvements à visée médico-légale :	115
4. Prise en charge thérapeutique :	119
5. Le certificat médico-légal :	122
6. Le signalement :	125
<b>IX. Conséquences psychosociales:</b>	<b>127</b>
1. Répercussions psychologiques :	127
1.1. Troubles anxieux et dépressifs :	127
1.2. Etat de stress post traumatique :	128
1.3. Sentiments de culpabilité et de honte :	128
1.4. Idées suicidaires et comportements auto agressifs :	128
2. Conséquences sociales et scolaires :	128
2.1. Isolement social et repli :	128
2.2. Difficultés scolaires :	128
2.3. Relations interpersonnelles altérées :	129

3. Conséquences comportementales : .....	129
3.1. Conduite à risque : .....	129
3.2. Troubles du comportement : .....	129
4. Conséquences à long terme : .....	129
<b>X. Prévention : .....</b>	<b>129</b>
1. Prévention primaire : (agir avant que l'agression ne survienne).....	130
1.1. Implication des familles : .....	130
1.2. Sécurité dans les environnements fréquentés par les mineurs :.....	130
2. Prévention secondaire : (intervention rapide dès suspicion ou révélation).....	130
2.1. Formations des personnels : .....	130
2.2. Détection et signalement : .....	131
3. Prévention tertiaire : (limiter les séquelles et prévenir la récurrence) .....	131
3.1. Prise en charge globale des victimes : .....	131
3.2. Suivi et prise en charge des auteurs : .....	131
4. Rôle des campagnes publiques et des politiques nationales : .....	131
<b>XI. Recommandations : .....</b>	<b>132</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>135</b>
<b>RESUMES .....</b>	<b>137</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>144</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>159</b>



# INTRODUCTION



Les agressions sexuelles sur mineurs figurent parmi les infractions les plus graves et les plus destructrices, tant sur le plan psychologique que social. Elles concernent aussi bien les enfants que les adolescents, provoquant des répercussions profondes et durables sur leur développement affectif, émotionnel, et parfois même physique. Dans de nombreuses cultures, y compris la nôtre, ce phénomène reste entouré de silence, de tabous et souffre d'une forte sous-déclaration, ce qui complique considérablement sa détection, sa prise en charge, ainsi que sa prévention. Ces agressions incluent tout acte sexuel contraint impliquant un individu âgé de moins de 18 ans. (1)

D'ailleurs, selon la Convention relative aux droits de l'enfant (1989), est considéré comme enfant tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt selon la législation nationale en vigueur. (1)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence sexuelle comme tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, propos ou avances à caractère sexuel, ou toute action liée à l'exploitation de la sexualité d'une personne par le biais de la coercition. Cette définition s'applique indépendamment du lien entre l'auteur et la victime, et dans tous les contextes possibles, y compris, sans s'y limiter, le cadre familial ou professionnel. De tels actes constituent une atteinte aux droits fondamentaux des victimes, portant gravement atteinte à leur intégrité physique et psychique. Lorsqu'il s'agit d'un enfant c'est-à-dire toute personne âgée de moins de 18 ans la gravité est accrue, cette situation représentant une circonstance aggravante, notamment si l'auteur fait partie de l'entourage familial. (2)

Les enfants victimes de violences sexuelles sont exposés à une double vulnérabilité : d'une part, celle découlant de leur jeune âge et de leur immaturité psychologique, et d'autre part, celle liée au cadre intime ou familial dans lequel ces agressions surviennent fréquemment. Cette situation souligne l'importance d'une réponse globale et coordonnée impliquant les domaines médical, psychologique, juridique et éducatif, afin d'assurer une prise en charge adaptée et efficace. (3)

Dans la majorité des cas, l'auteur de l'agression sexuelle est une personne issue de l'entourage proche de l'enfant : un membre de la famille, un voisin, un enseignant ou encore un adulte exerçant une autorité. Cette proximité aggrave le traumatisme en créant un sentiment de double trahison chez la victime, partagée entre la peur, la culpabilité, le silence imposé et le manque de reconnaissance ou de soutien de la part des adultes censés la protéger. (3)

Il est important de souligner que les données disponibles sur les agressions sexuelles envers les mineurs restent fragmentaires et insuffisantes pour refléter l'ampleur réelle du phénomène. Ces statistiques se basent principalement sur les cas signalés et traités par les services de santé, les autorités judiciaires ou certains dispositifs spécialisés, comme la ligne verte des Nations Unies (ONU). Par conséquent, elles ne rendent compte que d'une partie visible de la problématique, souvent limitée aux situations les plus extrêmes ou à celles ayant pu faire l'objet d'un signalement. (4)

De nombreuses agressions ne sont pas révélées en raison de divers obstacles : peur des représailles, pressions exercées au sein de la famille, sentiment de honte, méfiance vis-à-vis des institutions, ou encore incapacité des très jeunes victimes à verbaliser les faits. Cette sous-déclaration contribue à une sous-estimation massive de la réalité des violences sexuelles sur les mineurs, compromettant la mise en œuvre de réponses efficaces et adaptées tant sur le plan juridique que médical, psychologique et social. (2)(5)

Face à cette situation préoccupante, les institutions médicales, judiciaires, éducatives et sociales ont un rôle essentiel à jouer, que ce soit en matière de prévention ou dans la prise en charge des victimes. Les réponses institutionnelles demeurent le plus souvent incomplètes, dispersées et peu efficaces. De nombreux enfants ne bénéficient ni d'un accompagnement psychologique adapté ni d'un accès effectif à la justice. (2)(6)(4)

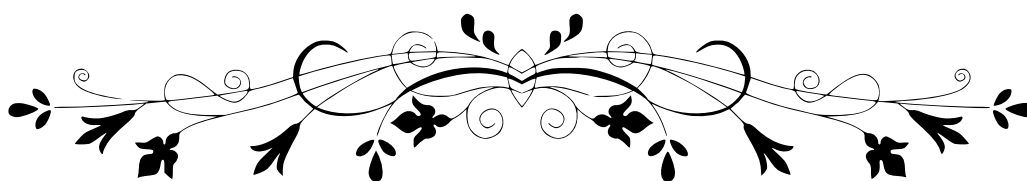
Au Maroc, les violences sexuelles envers les mineurs représentent un sujet particulièrement délicat, encore enveloppé de silence et de contraintes sociales. Bien que la législation condamne fermement de tels actes, la réalité sociale démontre que beaucoup de cas passent sous silence, ne sont pas signalés, ou sont parfois tolérés selon le contexte. Cette invisibilisation est en grande

partie due à des normes culturelles profondément enracinées, dans lesquelles la sexualité demeure un sujet tabou et où la préservation de l'honneur familial l'emporte sur la protection de l'enfant.

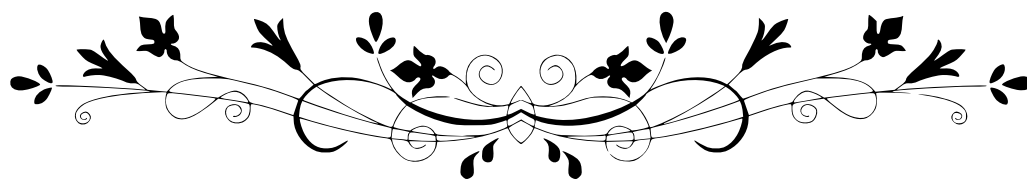
Dans certains milieux familiaux ou communautaires, l'agression sexuelle est perçue non comme une atteinte grave aux droits de l'enfant, mais comme un affront à la réputation qu'il convient de dissimuler. La honte, la crainte du rejet social et le risque de stigmatisation poussent souvent les victimes ou leur entourage à garder le silence. Par conséquent, un grand nombre de situations ne sont pas prises en charge par le système judiciaire et se règlent souvent à l'amiable, au détriment de la justice et de la réparation.

Par ailleurs, toutes les formes d'agression sexuelle ne sont pas perçues avec la même gravité. Si le viol est généralement reconnu et condamné, d'autres formes comme les attouchements ou le harcèlement sexuel sont parfois minimisées, mal interprétées, voire ignorées, tant par les victimes elles-mêmes que par leur environnement. Ce déficit de reconnaissance et de sensibilisation complique davantage la détection des abus et contribue à leur banalisation au sein de la société. (7)(8)(9)

L'objectif de ce travail est d'exploiter les cas d'agressions sexuelles sur mineurs enregistrés au sein du service de médecine légale du CHU Mohammed VI de Marrakech durant les années 2023 et 2024. Cette étude vise à analyser en profondeur les aspects sociodémographiques et médico-légaux des situations recensées, dans le but de mieux comprendre les profils des victimes et les circonstances des agressions. Les résultats obtenus seront confrontés aux données de la littérature existante, afin de formuler des recommandations pertinentes en matière de dépistage, de prise en charge et de prévention des violences sexuelles envers les mineurs, en tenant compte des spécificités du contexte marocain.



## **MATERIELS ET METHODES**



## **I. Description de l'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique descriptive basée sur l'analyse de l'ensemble des dossiers des mineurs reçus au service de médecine légale au CHU Mohamed VI à Marrakech sur une période de 2 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au 31 décembre 2024.

## **II. Population Cible :**

Tous les mineurs victimes d'agression sexuelle qui ont consulté au service de médecine légale au CHU Mohamed VI à Marrakech pour un examen médico-légal.

Durant cette période nous avons reçu 184 victimes.

### **1. Critères d'inclusion :**

Notre étude inclut tous les enfants de moins de 18 ans victimes d'agressions sexuelles et qui ont été vus au service de médecine légale au CHU Mohamed VI à Marrakech : au nombre de 184.

### **2. Critères d'exclusion :**

Les mineurs victimes d'agressions sexuelles qui ont été vu en dehors de la période d'étude.

## **III. Objectif de L'étude :**

### **1. Objectif général :**

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les cas d'agressions sexuelles sur les mineurs.

### **2. Objectifs secondaires :**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des victimes : âge, sexe, milieu de résidence, situation familiale, niveau socio-économique, etc.

- Analyser les circonstances des agressions : lieu des faits, type d'agression, lien avec l'agresseur, fréquence des actes.
- Évaluer les éléments médico-légaux observés lors des examens : lésions physiques, lésions sexuelles, examens complémentaires, etc.
- Identifier les profils types des agresseurs selon les cas recensés (âge, sexe, lien avec la victime,).
- Comparer les données locales avec les résultats d'autres études nationales et internationales, pour situer les spécificités du contexte marocain.
- Formuler des recommandations pour améliorer les stratégies de dépistage, de protection des enfants, de prise en charge médico-judiciaire et de prévention des agressions sexuelles au Maroc.

#### **IV. Méthodologie et analyse :**

##### **1. Recueil des données :**

Les données seront recueillies à partir des dossiers médico-légaux archivés au service, incluant :

- Les fiches d'examen,
- Les certificats médicaux,
- Les rapports complémentaires (résultats d'examens cliniques et paracliniques),
- Et, le cas échéant, des éléments du dossier judiciaire si disponibles.

Les paramètres étudiés sont les suivants :

- Modalités de consultation.
- Délai entre l'agression et la consultation.

## **Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas**

---

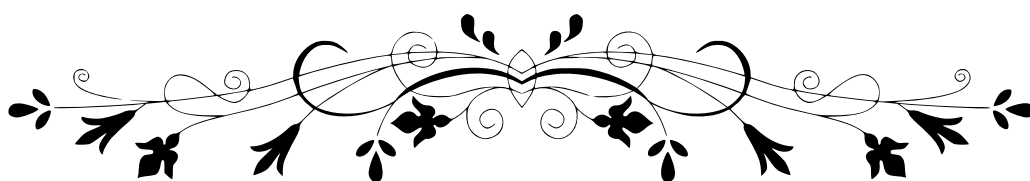
- Données sur la victime : sexe, âge, niveau de scolarité, habitudes toxiques, développement psychomoteur, antécédents médico-chirurgicaux de vulnérabilité et antécédents de violences.
- Données sur la famille : architecture familiale, situation professionnelle des parents, habitudes toxiques des parents, nombre d'enfants dans la fratrie, rang dans la fratrie et nombre de personnes vivant sous le même toit.
- Données sur l'agresseur : sexe, nombre d'agresseurs, et lien avec la victime, état de l'agresseur lors de l'agression.
- Déroulement de l'agression : lieu d'agression, types d'agression sexuelle, sites d'éjaculation, nombre d'éjaculation, agression physique associée, répétition des agressions.
- Bilans et traitement
- Suivi et orientation des victimes.

### **2. Analyse statistique :**

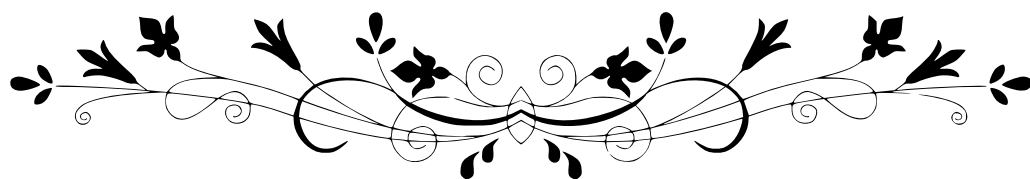
L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide de Microsoft Excel.

### **V. Considérations éthiques :**

La collecte des données dans le cadre de notre étude a été réalisée dans le strict respect des normes éthiques en vigueur, garantissant la confidentialité des informations ainsi que l'anonymat des victimes.



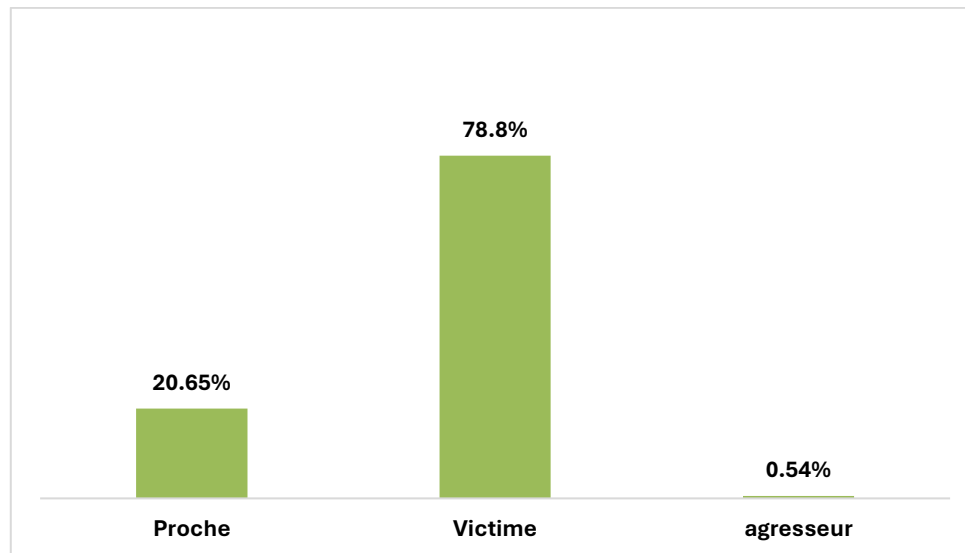
## **RESULTATS**



## I. Modalités de consultation :

### 1. Mode de révélation :

Dans la majorité des cas soit 145 cas (78.8%) la révélation a été faite par la victime, alors que dans 38 cas (soit 20.65%) par un proche et dans 1 cas (soit 0.54%) par l'agresseur. (Figure 1)



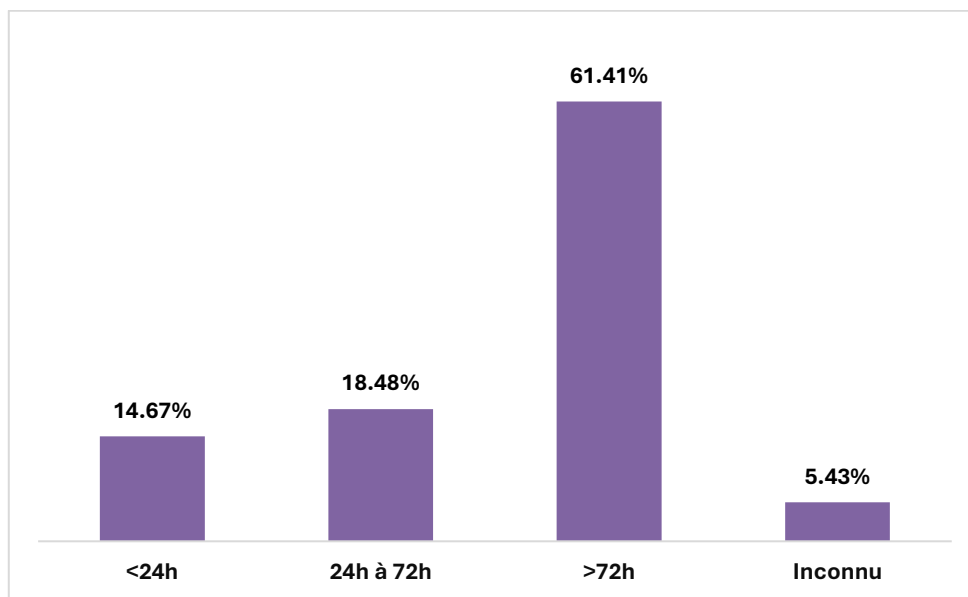
**Figure 1: Distribution selon le mode de révélation**

### 2. Type de consultation :

184 victimes ont été reçu sur réquisition judiciaire (soit la totalité des victimes 100%).

### 3. Délai entre agression et consultation :

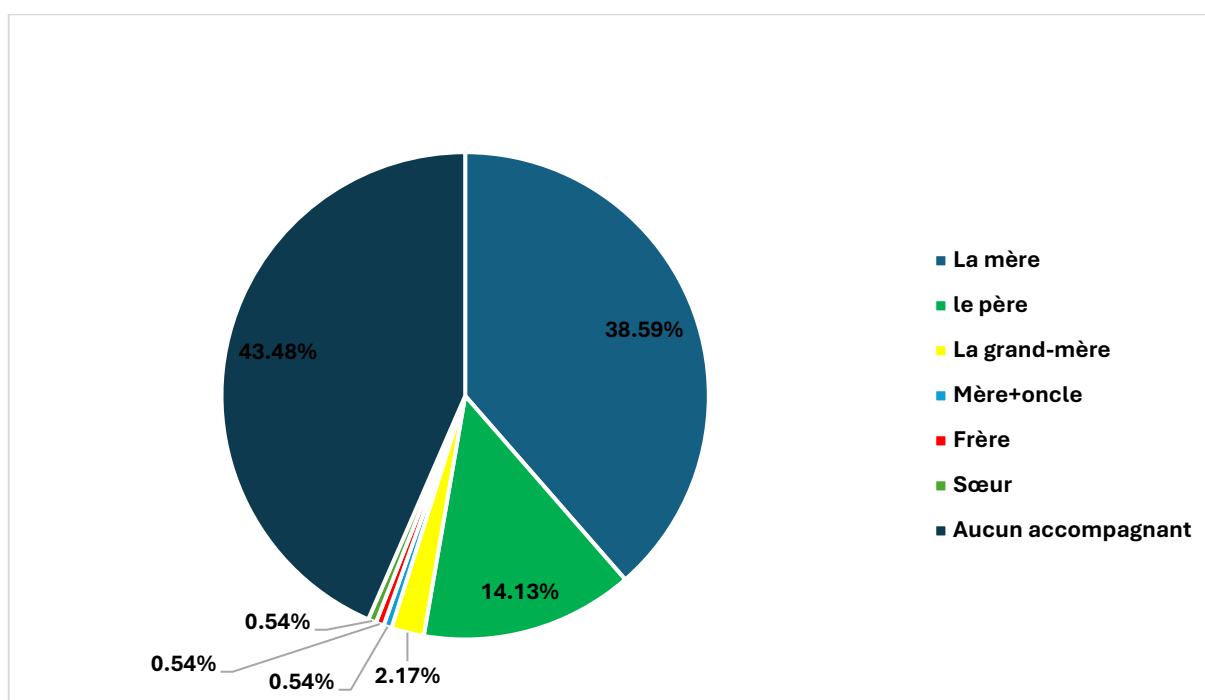
Plus de la moitié des victimes 113 cas (soit 61.41%) ont consulté après 72 heures. La consultation a eu lieu entre 24 et 72 heures dans 34 cas (soit 18,48%) et dans les premières 24 heures dans 27 cas (soit 14,67%). On note aussi que 10 victimes (soit 5.43 %) ne se rappellent plus la date de l'agression. (Figure 2)



**Figure 2 : Distribution selon le délai entre agression et consultation**

#### 4. Accompagnants :

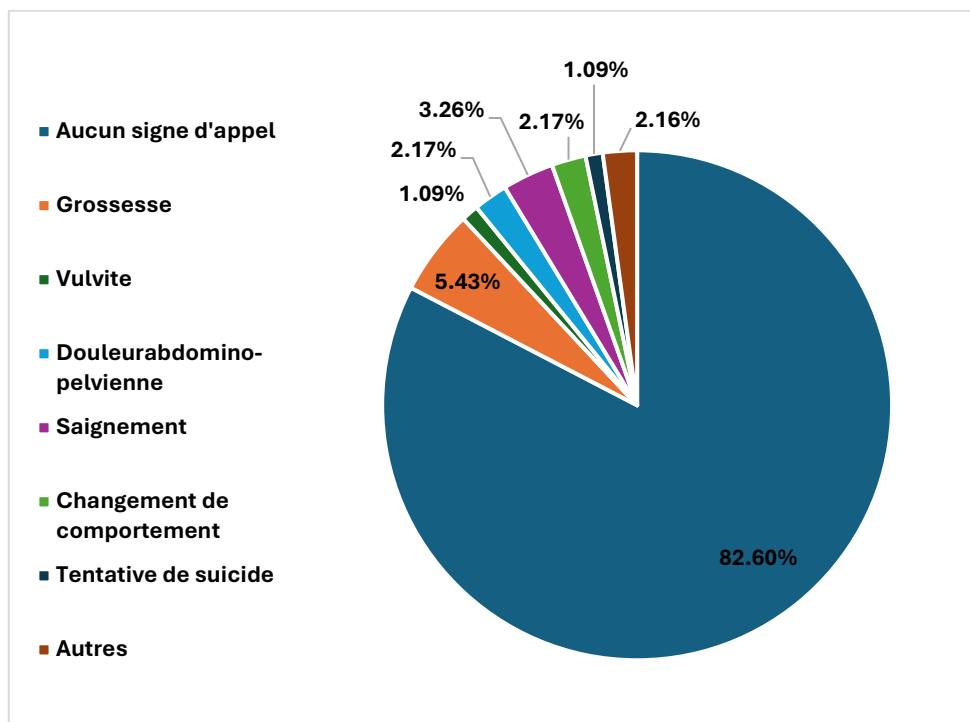
Dans la majorité des cas soit 71 cas (soit 38,59 %), la victime a été accompagnée par la mère, suivi du père dans 26 cas (soit 14,13 %). D'autres accompagnateurs moins fréquents ont été recensés : la grand-mère dans 4 cas (soit 2,17 %), la mère et oncle dans 1 cas (soit 0,54 %), le frère dans 1 cas (0,54 %) et la sœur dans 1 cas également (soit 0,54 %) et dans 80 cas (soit 43,48 %) il n'y avait aucun accompagnant. (Figure 3)



**Figure 3 : Distribution selon l'accompagnant**

## 5. Signes d'appel :

Dans la majorité des cas, il n'y avait aucun signe d'appel, par ailleurs il y' avait 10 cas révélés par la grossesse (soit 5.43%), 6 cas par un saignement (soit 3.26%), 4 cas par un changement de comportement (soit 2.17%), 4 cas par une douleur abdomino-pelvienne soit (2.17%), 2 cas par une vulvite (soit 1.09%), 2 cas par une tentative de suicide (soit 1.09%), 1 cas par une incontinence anale (soit 0.54%) ,1 cas par un érythème anal (soit 0.54%), 1 cas par une diarrhée (soit 0.54%). (Figure 4)

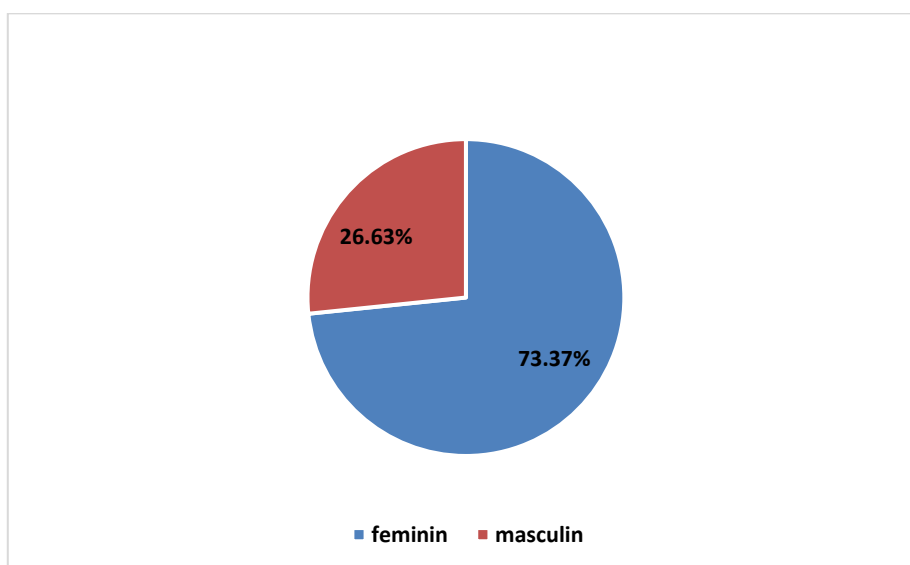


**Figure 4 : Distribution selon les signes d'appel**

## II. Données sur la victime :

### 1. Répartition selon le sexe :

Dans notre série, le sexe féminin était prédominant avec un effectif de 135 cas, (soit 73.37%) de l'ensemble des victimes, alors que le sexe masculin représentait 49 cas, (soit 26.63%) avec un sex-ratio de 36,29. (Figure 5)

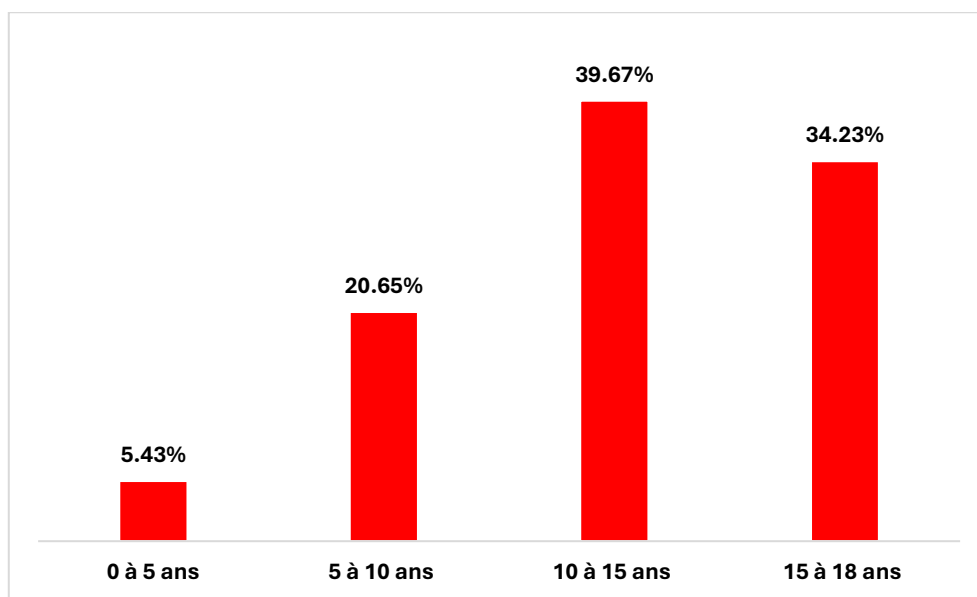


**Figure 5 : Distribution selon le sexe des victimes.**

## 2. Répartition selon l'âge :

L'âge des victimes varie entre 5 mois et 18 ans avec une moyenne de 13,22 ans et un écart type de 3.85 ans. Une prédominance (73 victimes, soit 39,67%) a été noté chez les enfants ayant un âge compris entre 10 et 15 ans.

Avec 63 victimes âgées entre 15 à 18 ans (soit 34,23%), les victimes âgées entre 5 et 10 ans étaient au nombre de 38 (soit 20,65%) et 10 victimes de 5 mois à 5 ans (soit 5,43%). (Figure 6)

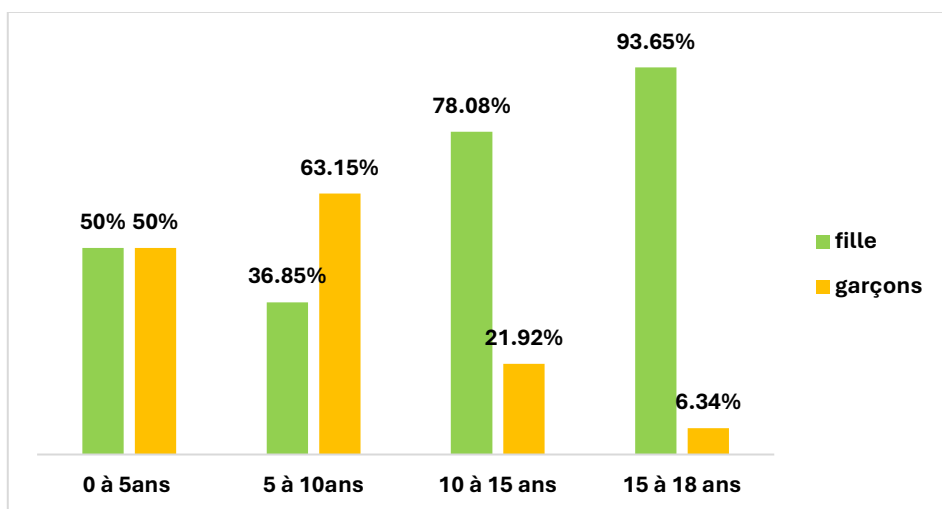


**Figure 6 : Distribution selon l'âge des victimes**

**Tableau I: Distribution des victimes selon l'âge et le sexe**

	0 à 5 ans	5 à 10 ans	10 à 15 ans	15 à 18 ans	Total
<b>Filles</b>	5 (50%)	14 (36.85%)	57 (78.08%)	59 (93.65%)	135 (54,3%)
<b>Garçons</b>	5 (50%)	24 (63.15%)	16 (21.92%)	4 (6.34)	49 (45,7%)
<b>Total</b>	10 (5.43%)	38 (20.65%)	73 (39.67%)	63 (34.23%)	184 (100%)

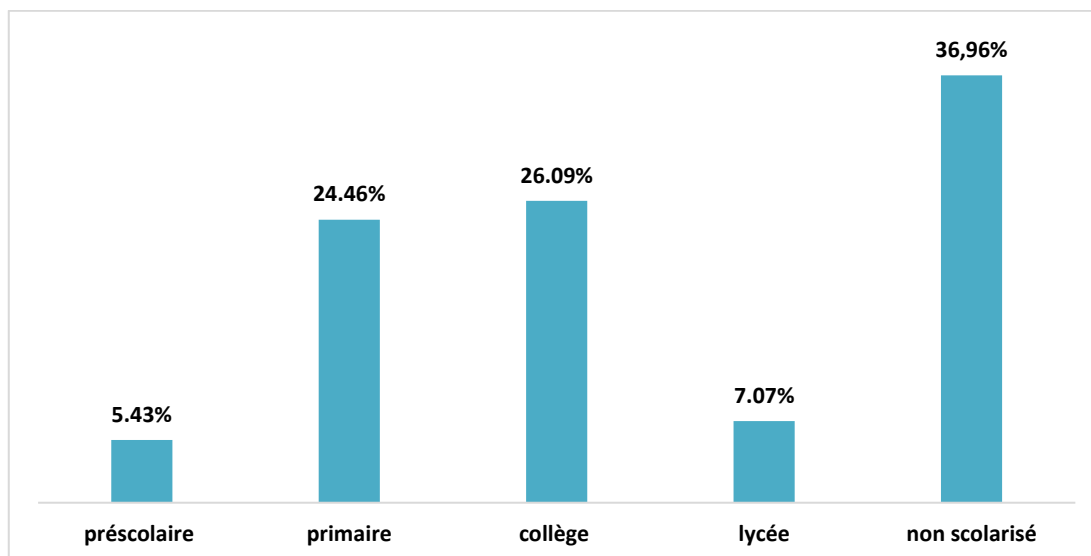
Une prédominance masculine est notée sur les tranches d'âge entre 0 et 10 ans alors qu'une prédominance féminine est notée entre 10 et 18 ans. (Figure7)



**Figure 7 : Distribution selon l'âge et le sexe des victimes**

### 3. Niveau de scolarité :

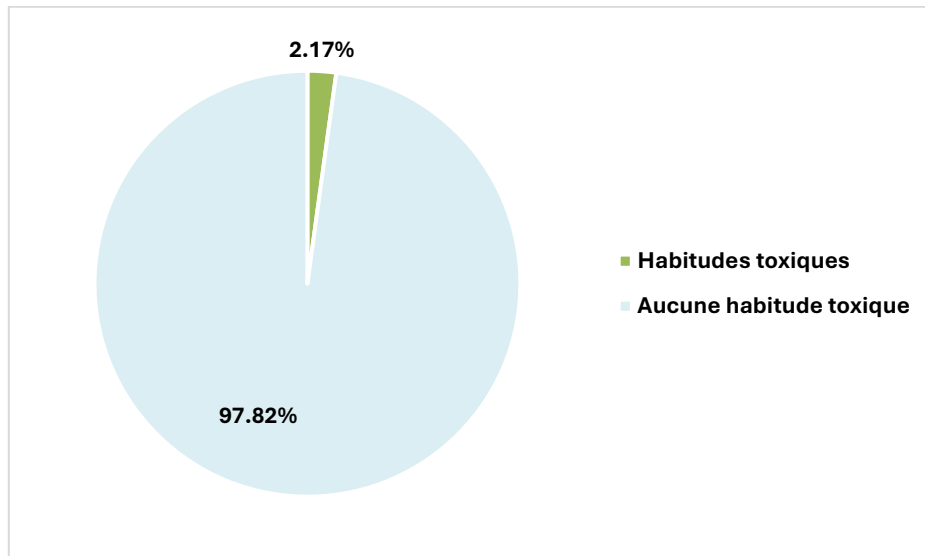
La majorité des victimes qui représentent 68 cas (soit 36.96%) était non scolarisés, 10 victimes (soit 5.43%) étaient au niveau préscolaire, 45 victimes (soit 24.46%) au niveau primaire, 48 victimes (soit 26.09%) au niveau collège et 13 victimes (soit 7.07%) au niveau lycée. (Figure 8)



**Figure 8 : Distribution selon le niveau de scolarité des victimes**

#### 4. Habitudes toxiques :

Les habitudes toxiques ont été retrouvées seulement dans 4 cas (soit 2.17%). 180 cas (soit 97,82%) n'avaient aucune habitude toxique. (Figure 9)



**Figure 9 : Distribution selon les habitudes toxiques des victimes.**

**Tableau II: Caractérisation des victimes ayant des habitudes toxiques**

Sexe	Age	Scolarité	Habitudes toxiques	Terrain de vulnérabilité*	Type d'agression
Garçon	16 ans	Non scolarisé	Tabac	Aucun terrain de vulnérabilité	Agression sexuelle
Fille	17 ans	Lycée	Tabac	Aucun terrain de vulnérabilité	Agression sexuelle + physique
Fille	14 ans	Non scolarisée	Drogues	Aucun terrain de vulnérabilité	Agression sexuelle
Fille	17 ans	Non scolarisée	Drogues+ Tabac	Parents divorcés	Agression sexuelle

Terrain de vulnérabilité\* : Le terrain de vulnérabilité impliqué dans les agressions sexuelles résulte d'une combinaison de facteurs individuels, familiaux, sociaux et contextuels. Sur le plan individuel, l'âge jeune, la présence d'un handicap physique ou mental ainsi qu'une faible estime de soi favorisent l'exposition au risque. Au niveau familial, la désorganisation parentale, les conflits, la négligence ou les antécédents de maltraitance constituent des éléments déterminants. Sur le plan social, la pauvreté, l'isolement, le manque de protection institutionnelle.

### **5. Antécédents médico-chirurgicaux :**

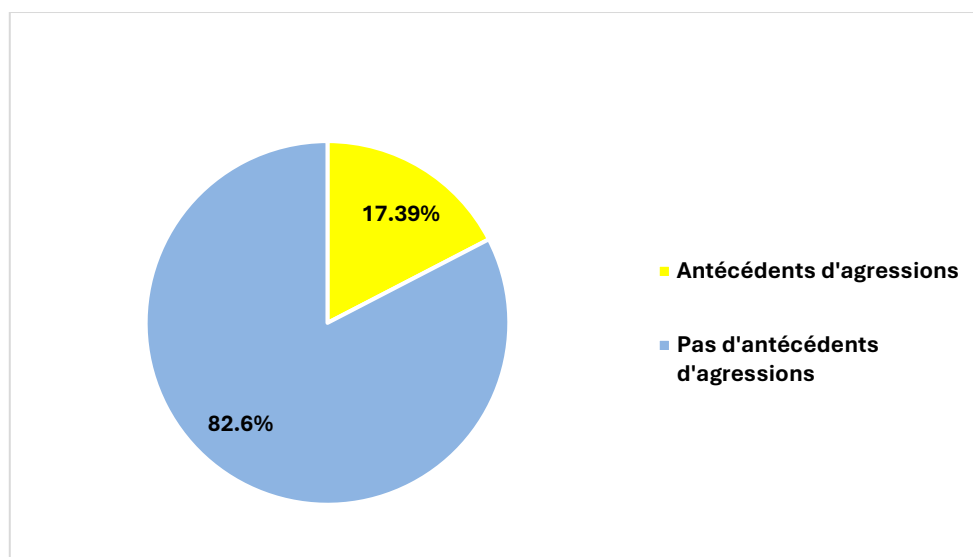
Dans l'ensemble des cas, soit 184 victimes, aucun antécédent médical ou chirurgical n'a été rapporté.

### **6. Développement psychomoteur :**

Deux victimes, représentant 1.08 % de l'échantillon, présentaient un développement psychomoteur anormal : l'une était porteuse d'un handicap mental et l'autre atteinte de trisomie 21.

### **7. Antécédents d'agressions :**

Dans 32 cas (soit 17.39%), des antécédents d'agressions sexuelles ont été recensés dont 23 filles et 9 garçons. (Figure 10)

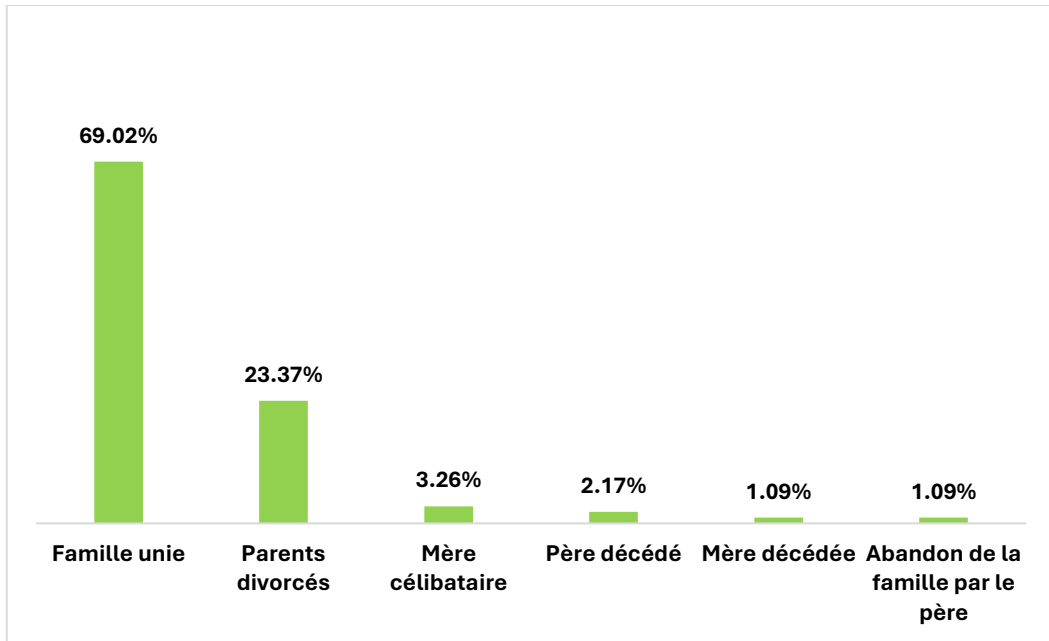


**Figure 10 : Distribution selon les antécédents d'agressions**

### **III. Données sur la famille :**

#### **1. Architecture familiale :**

Dans 127 cas (soit 69.02%) la famille était unie, 43 cas (soit 23.37%) étaient enfants de parents divorcés, 6 cas (soit 3.26%) enfants de mère célibataire. Dans 4 cas (soit 2.17%) le père était décédé, 2 cas (soit 1.09%) la mère était décédée et dans 2 cas (soit 1.09%) abandon de la famille par le père (Figure 11).

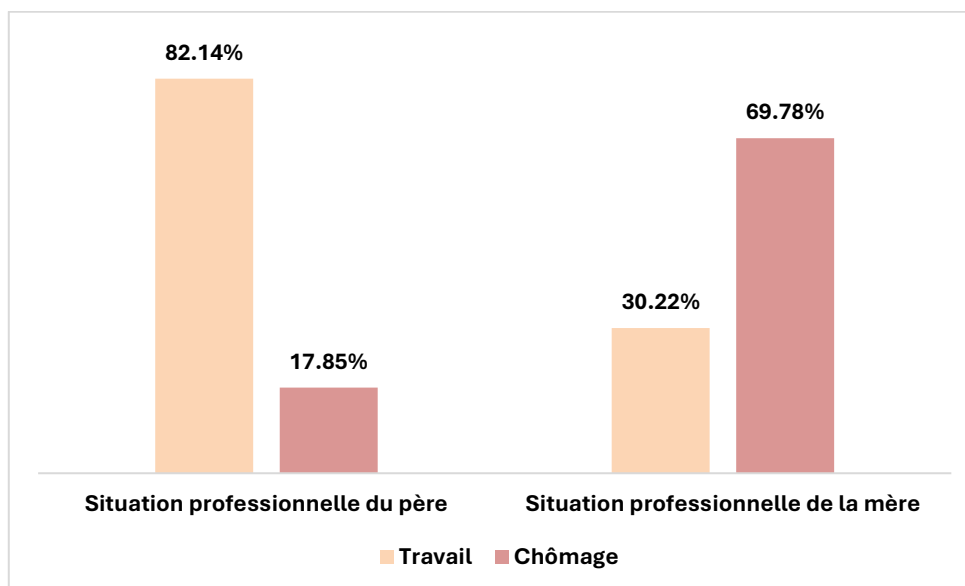


**Figure 11 : Distribution selon l'architecture familiale**

## 2. Situation professionnelle des parents :

Dans la majorité des cas (138 cas, soit 82,14 % de l'échantillon), le père exerçait une activité professionnelle, tandis qu'il était sans emploi dans 30 cas (17,84 %) ; (A noter que les données concernant la profession du père manquaient dans 4 cas). En ce qui concerne les mères, 55 d'entre elles (30,22 %) avaient un emploi, alors que 127 (69,78 %) étaient au chômage.

L'analyse croisée des situations professionnelles parentales montre que, dans 27 cas (soit 16,26%), les deux parents exerçaient une activité professionnelle, tandis que dans 10 cas (soit 6,02 %), ils étaient tous les deux au chômage. (Figure 12) (A noter que le nombre de cas où les parents sont tous les 2 présents et leur statut professionnel est connu est de 166 cas).

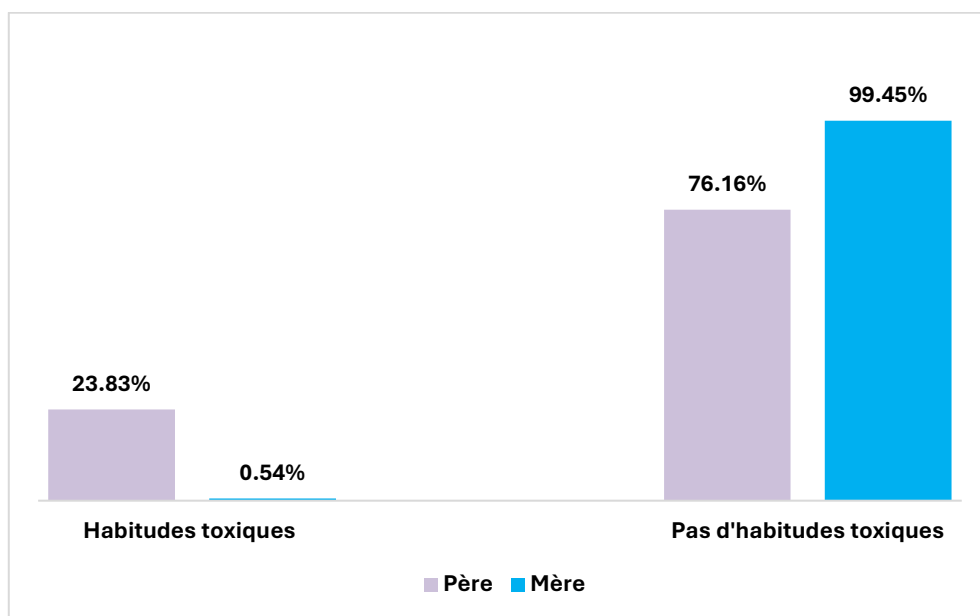


**Figure 12 : Distribution selon la situation professionnelle des parents.**

### 3. Habitudes toxiques des parents :

Dans la majorité des cas, le père ne présentait aucune habitude toxique (131 cas, soit 76,16 %), tandis que des habitudes toxiques ont été rapportées dans 41 cas (23,83 %). (A noter que le père n'est présent que dans 172 cas).

Concernant la mère, une habitude toxique a été identifiée dans un seul cas (0,54 %), contre 181 cas (99,45 %) sans aucune habitude toxique rapportée. (A noter que la mère est présente dans 182 cas et décédée dans 2 cas).

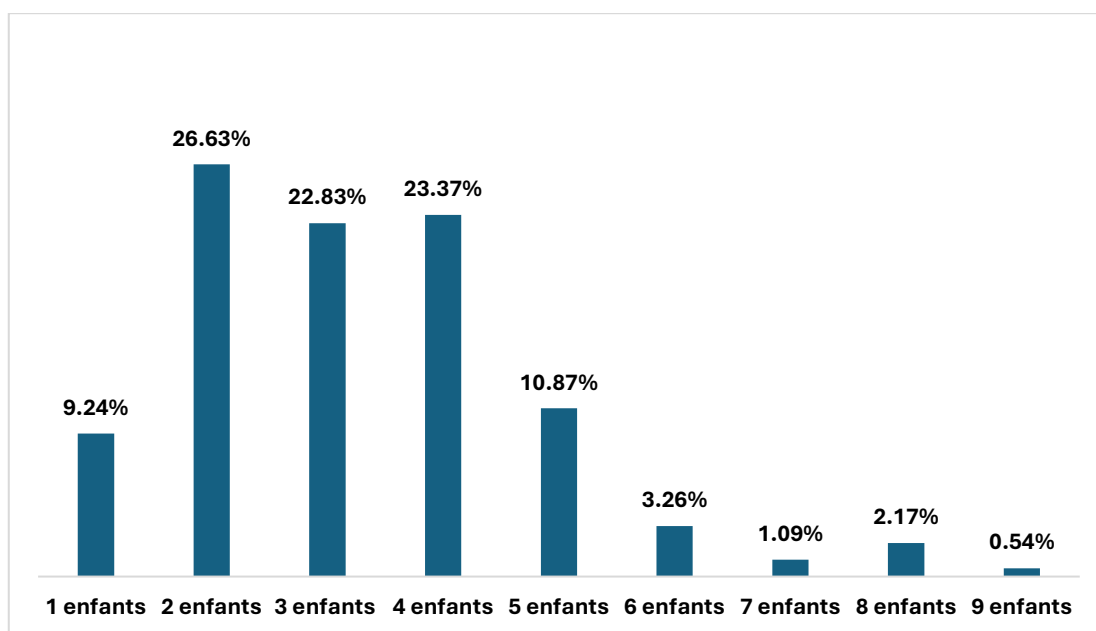


**Figure 13 : Distribution selon les habitudes toxiques des parents.**

#### 4. Nombre d'enfants dans la fratrie :

Le nombre d'enfants variait entre 1 et 9 enfants avec une moyenne de 3.39 enfants par famille. Les familles ayant 2 enfants étaient les plus nombreuses (49 familles, soit 26.63%), et celles ayant 9 enfants étaient les moins nombreuses (1 famille, soit 0,54%). Dans 42cas (soit 22.83%) on comptait 3 enfants par famille et dans 43 cas (soit 23.37%) on comptait 4 enfants par famille.

Dans 20cas (soit 10.87%) le nombre d'enfants dans la fratrie était de 5 par famille et dans 17 cas (soit 9.24%) on comptait des familles avec enfant unique. Dans 6 cas (soit 3.26 %) le nombre d'enfants dans la fratrie était de 6 dans 2 cas (soit 1.09%) le nombre d'enfants était de 7 et 4 cas (soit 2.17%) avec un nombre d'enfants dans la fratrie de 8. (Tableau III) et (Figure14).

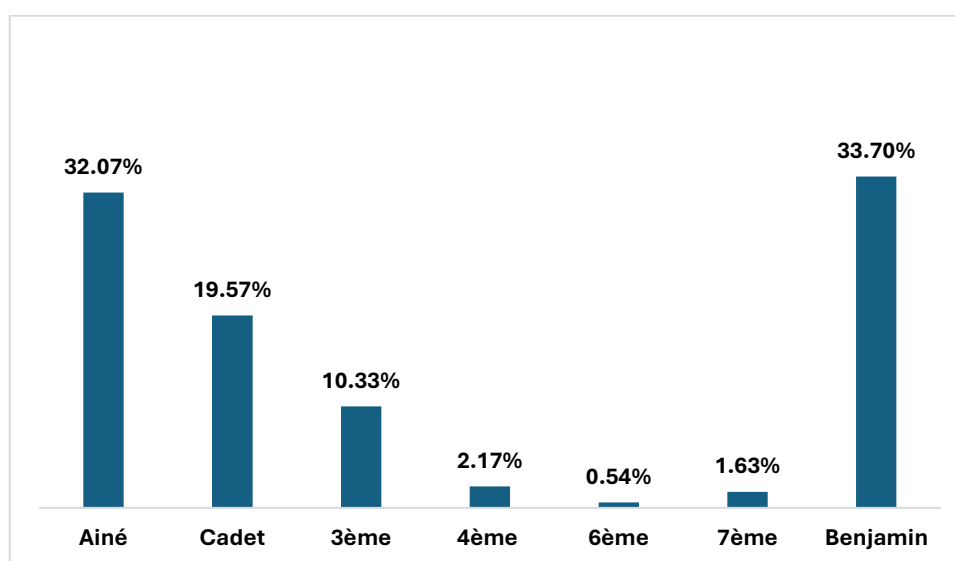


**Figure 14 : Distribution selon le nombre d'enfants dans la fratrie.**

## 5. Rang dans la fratrie :

Dans 59 cas, soit 32,07 % de l'échantillon, la victime était l'aîné(e) de sa fratrie. Dans 36 cas (soit 19,57 %), elle occupait la position de cadet(te), tandis que dans 19 cas (soit 10,33 %), elle était le troisième enfant. On note également que dans 4 cas (soit 2,17 %), la victime occupait la quatrième place, dans 1 cas (0,54 %) la 6ème, et dans 3 cas (1,63 %) la 7ème.

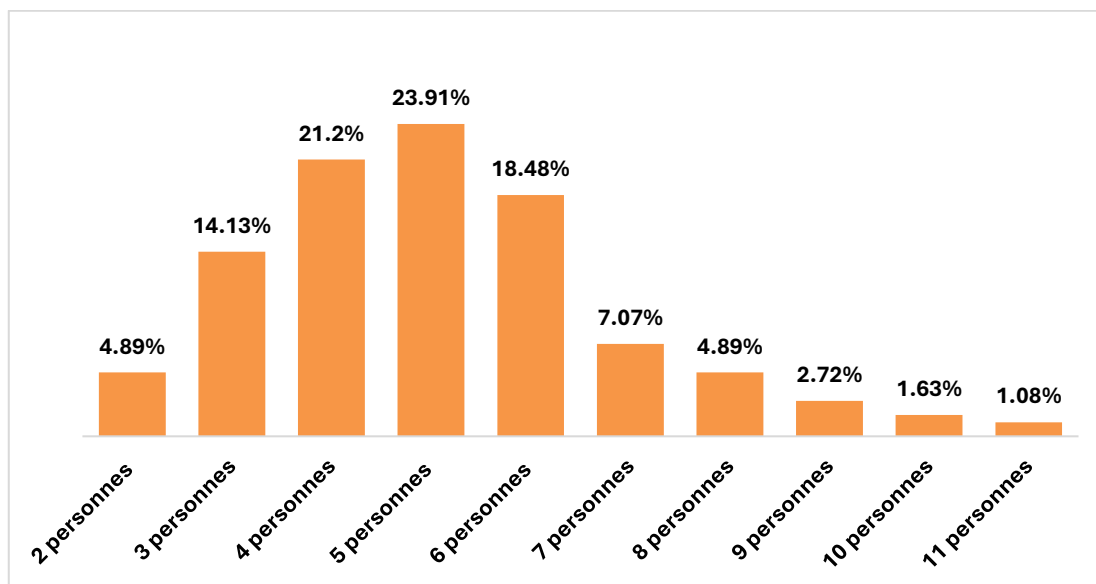
En revanche, dans la majorité des cas soit 62 cas (représentant 33,7%) la victime était le ou la benjamin(e) de la fratrie. (Tableau IV) (Figure 15)



**Figure 15 : Distribution selon le rang dans la fratrie.**

## 6. Nombre de personnes vivantes sous le même toit :

Le nombre de personnes vivant sous le même toit varie entre 2 et 11 personnes par familles avec une moyenne de 5. (Figure 16)

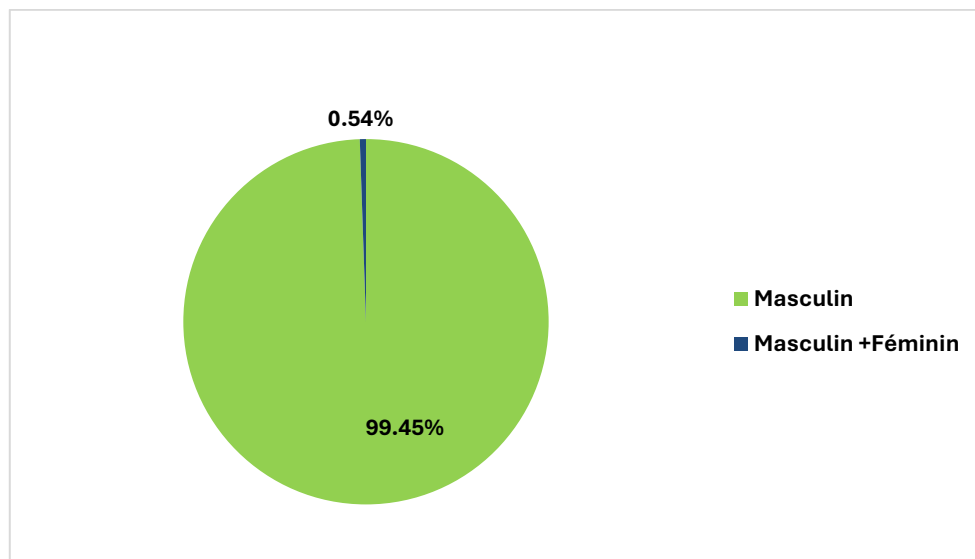


**Figure 16 : Distribution selon le nombre de personnes vivant sous le même toit.**

#### IV. Données sur l'agresseur :

##### 1. Sexe :

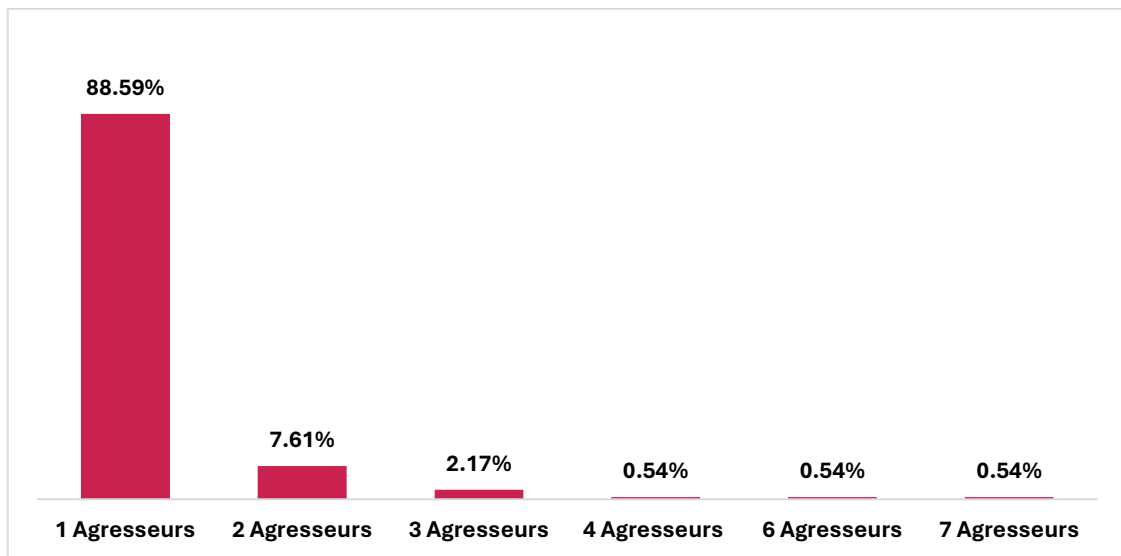
Dans 183 cas (soit 99.45%), l'agresseur était de sexe masculin et dans 1 cas (soit 0.54%) il y'avait un agresseur de sexe féminin et un de sexe masculin. (C'est le cas d'une adolescente âgée de 15 ans victime d'agression sexuelle de la part d'un homme inconnu et sa femme à type de pénétration oro-vaginale et attouchements sous l'emprise d'alcool et de drogues). (Figure 17)



**Figure 17 : Distribution selon le sexe de l'agresseur.**

## 2. Nombre d'agresseurs :

Le nombre d'agresseurs variait selon les cas : dans la grande majorité, soit 163 cas (88,59 %), un seul agresseur était impliqué. Deux agresseurs étaient identifiés dans 14 cas (7,61 %), trois dans 4 cas (2,17 %), tandis que 4, 6 et 7 agresseurs ont été signalés chacun dans un seul cas (soit 0,54 % pour chacun de ces cas). (Figure 18)



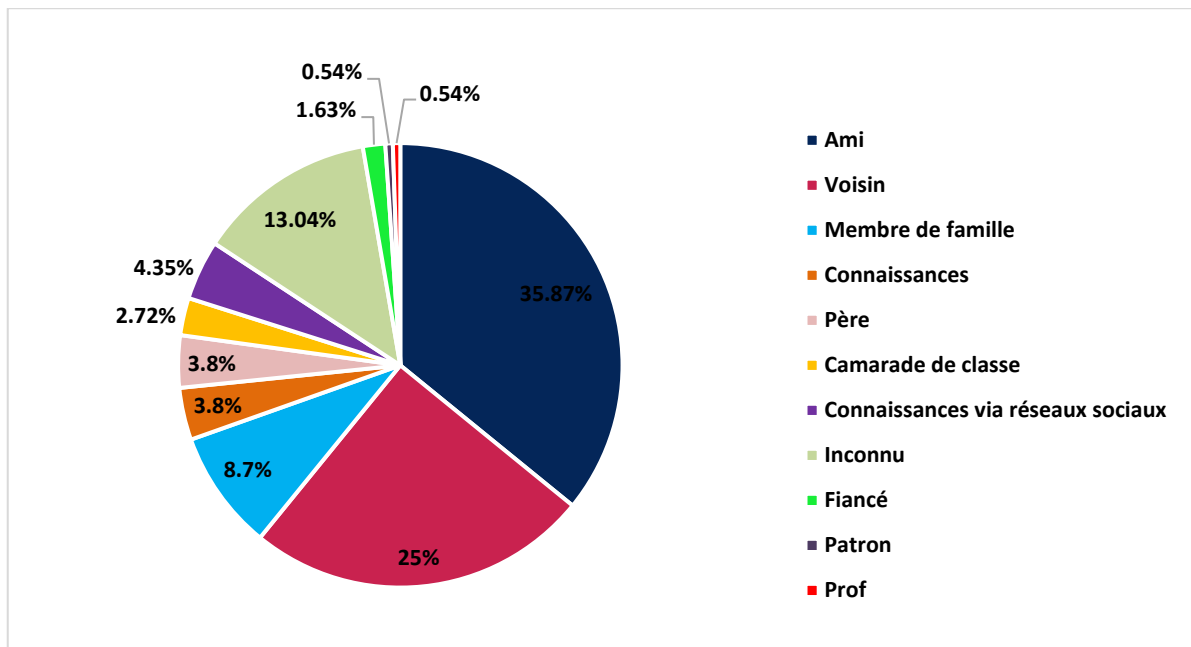
**Figure 18 : Distribution selon le nombre d'agresseurs.**

**Tableau III: Caractéristiques de l'agression en cas d'agresseurs multiples.**

Nombre d'agresseurs	Type d'agression sexuelle	Contexte
2 agresseurs	Pénétration vaginale	Fille de 17 ans victime d'agression sexuelle dans un appartement de la part d'un ami et de son ami.
3 agresseurs	Pénétration vaginale et anale	Fille de 15 ans victime d'agression sexuelle de la part des personnes inconnues dans un lieu désertique.
4 agresseurs	Attouchements	Garçon de 7 ans victime d'agression sexuelle à l'école de la part de ses camarades de classe.
6 agresseurs	Pénétration vaginale et anale	Fille de 16 ans victime d'agression sexuelle dans un lieu désertique de la part de personnes inconnues.

### 3. Lien entre l'agresseur et la victime :

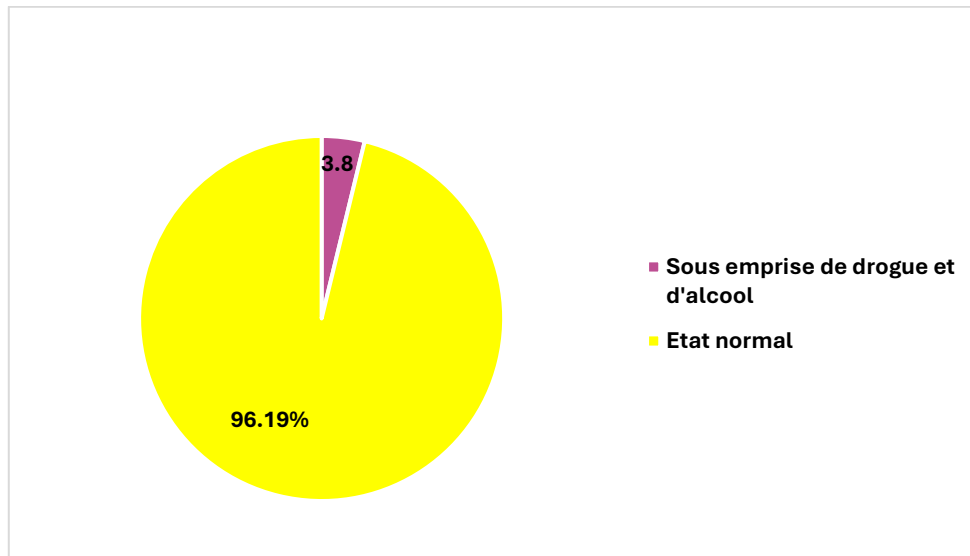
Dans 66 cas (soit 35,87 %), l'agresseur était un ami de la victime. Les voisins représentaient 46 cas (soit 25 %), tandis que dans 16 cas (soit 8,7 %), l'agresseur appartenait à la famille. Le père était impliqué dans 7 cas (soit 3,8 %), tout comme des connaissances non précisées également 7 cas (soit 3,8 %). L'agresseur était inconnu dans 24 cas (soit 13,04 %), un camarade de classe dans 5 cas (soit 2,72 %), et une personne rencontrée via les réseaux sociaux dans 8 cas (soit 4,35 %). On note aussi 3 cas (soit 1,63 %) où l'agresseur était le fiancé, ainsi qu'un cas impliquant un enseignant (soit 0,54 %) et un autre impliquant le patron de la victime (soit 0,54 %). (Figure 19)



**Figure 19 : Distribution selon le lien entre l'agresseur et la victime.**

#### 4. Etat de l'agresseur lors de l'agression :

Dans la majorité des cas soit 177 cas (96.16%), l'agresseur était dans un état normal, alors que seulement dans 7 cas (soit 3.8%) il était sous l'emprise d'alcool et de drogues. (Figure 20)

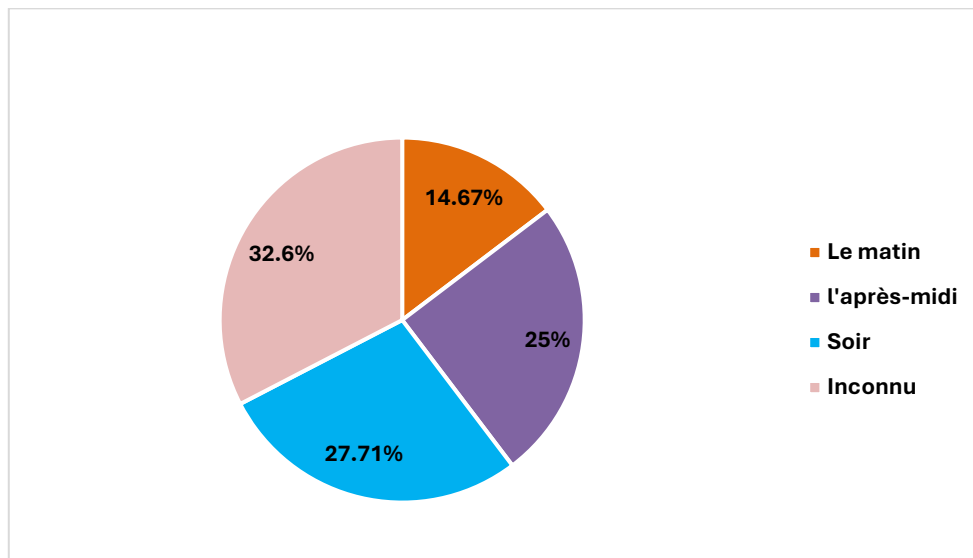


**Figure 20 : Distribution selon l'état de l'agresseur lors de l'agression**

## V. Circonstances de l'agression :

### 1. Heure de l'agression :

Dans la majorité des cas, l'agression a eu lieu en soirée, soit dans 51 cas (27,71 %). Elle s'est produite l'après-midi dans 46 cas (25 %), le matin dans 27 cas (14,67 %), tandis que dans 60 cas (32,6 %), la victime ne se souvenait pas de l'heure de l'agression. (Figure 21)

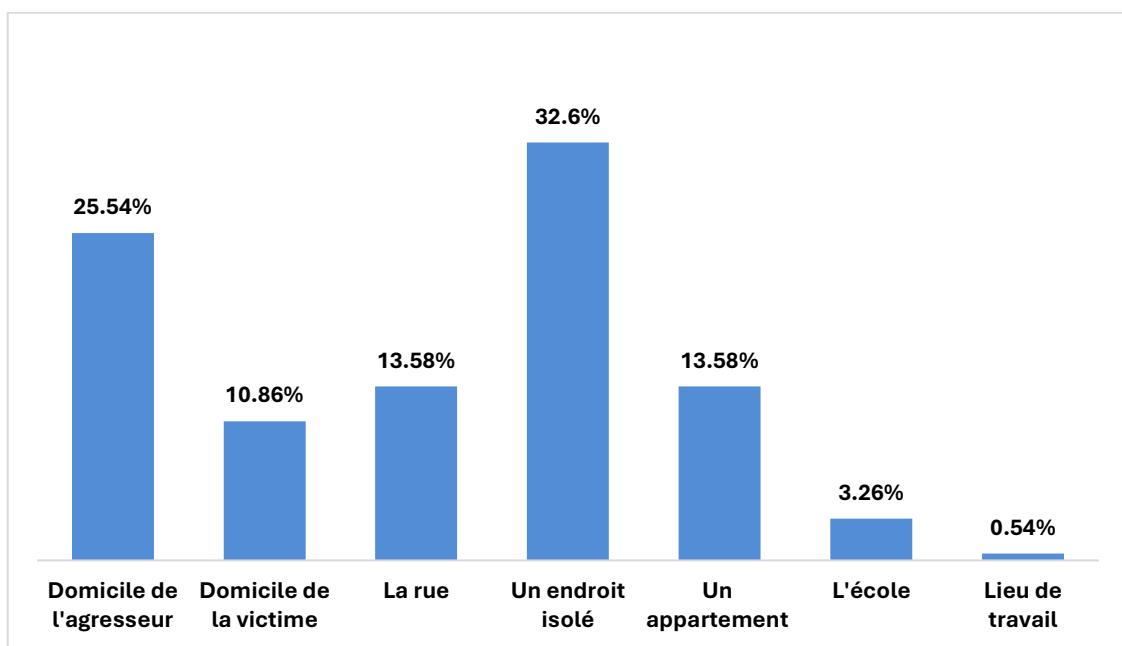


**Figure 21 : Distribution selon l'heure de l'agression**

## 2. Lieu de l'agression :

Dans la majorité des cas, l'agression s'est produite dans un endroit isolé (60 cas, soit 32,6 %) ou au domicile de l'agresseur (47 cas, soit 25,54 %).

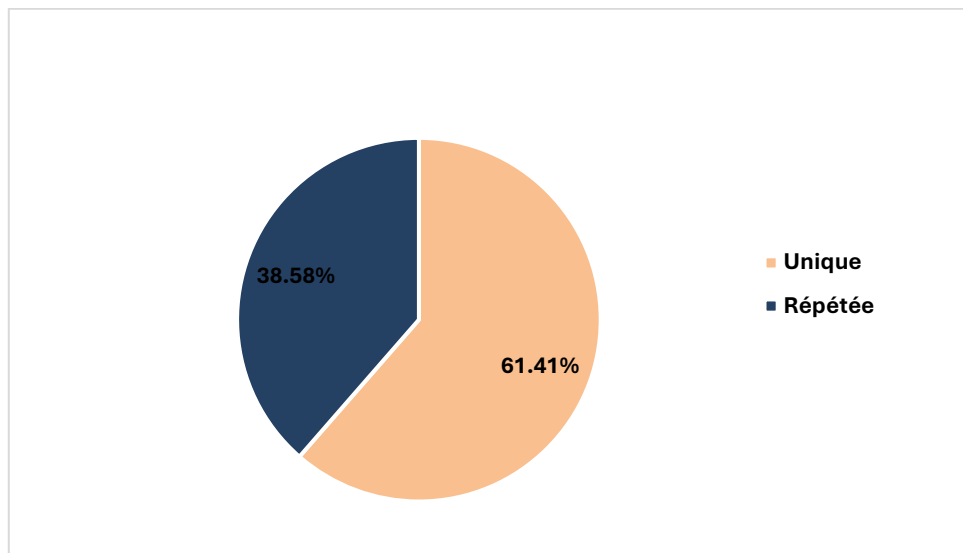
La rue et un appartement ont chacun été le cadre de l'agression dans 25 cas (soit 13,58 % chacun), tandis que dans 20 cas (soit 10,86 %), les faits se sont déroulés au domicile de la victime. L'école a été mentionnée dans 6 cas (soit 3,26 %), et un lieu de travail dans un seul cas (soit 0,54 %). (Figure 22)



**Figure 22 : Distribution selon le lieu de l'agression.**

### 3. Répétition de l'agression :

Dans la plupart des cas l'agression était unique avec 113 cas (soit 61.41%), elle était répétée dans 71 cas (soit 38.58%). (Figure 23)



**Figure 23 : Distribution selon la répétition de l'agression**

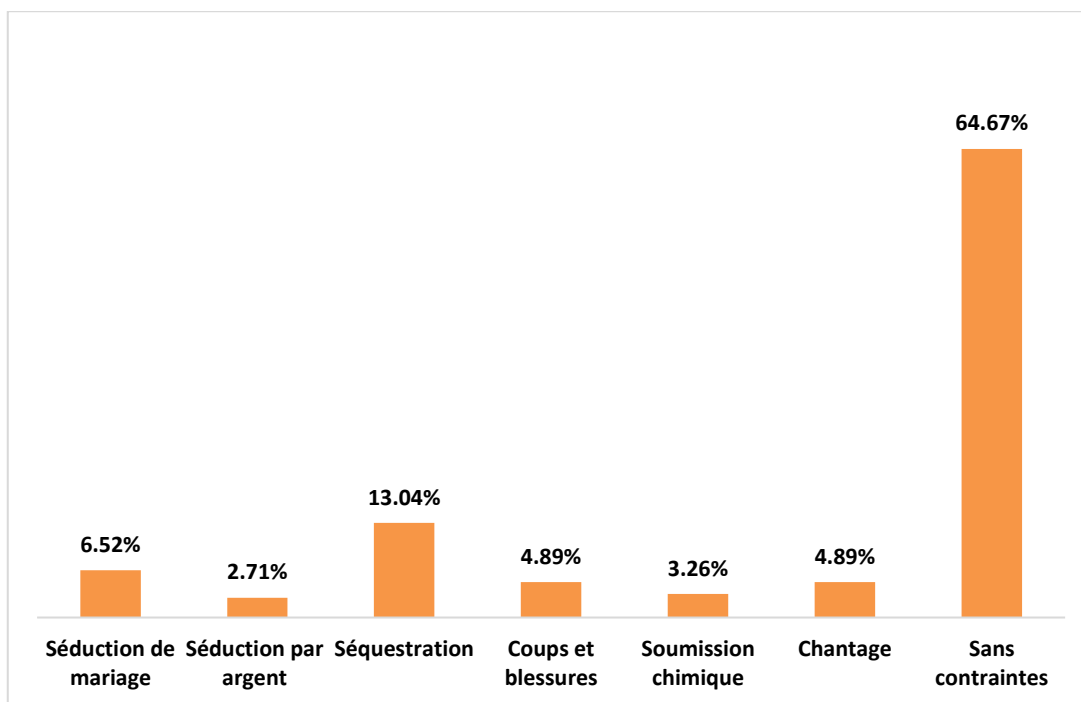
#### 4. Contraintes associées à l'agression sexuelle :

Dans la majorité des cas soit 119 cas (64.67%) il n'y avait aucune contrainte, dans 12 cas (soit 6.52%) l'agression a eu lieu sous séduction de mariage, dans 5 cas (soit 2.71%) sous séduction par l'argent.

On note 24 cas (soit 13.04%) de séquestration, 9 cas soit (4.89%) de coups et blessures, 9 cas (soit 4.89%) sous chantage.

Dans 6 cas (soit 3.26%) l'agression a eu lieu sous soumission chimique.

(Figure 24)



**Figure 24 : Distribution selon les contraintes associées à l'agression sexuelle**

## **5. Type d'agression sexuelle :**

Les attouchements seuls ont été rapportés dans 54 cas (29.34%) dont 37 cas chez les filles (soit 20.12%) et 17 (soit 9.23%) cas chez les garçons.

La pénétration anale et les attouchements dans 6 cas (soit 3.26%) dont 3 cas (soit 1.63%) chez les garçons et 3 cas (soit 1.63 %) chez les filles.

La pénétration anale seule a été rapporté dans 42 cas (soit 22.82%) dont 26 cas (soit 14.13%) chez les garçons et 16 cas (soit 8.69%) chez les filles.

La pénétration oro anale a été retrouvé dans 3 cas (soit 1.63%) dont 2 cas (soit 1.08%) chez les filles et 1 cas (soit 0.54%) chez les garçons.

Le harcèlement sexuel a été rapporté dans 3 cas (soit 1.63%) dont 2 cas (soit 1.08%) chez les filles et 1 cas (soit 0.54%) chez les garçons.

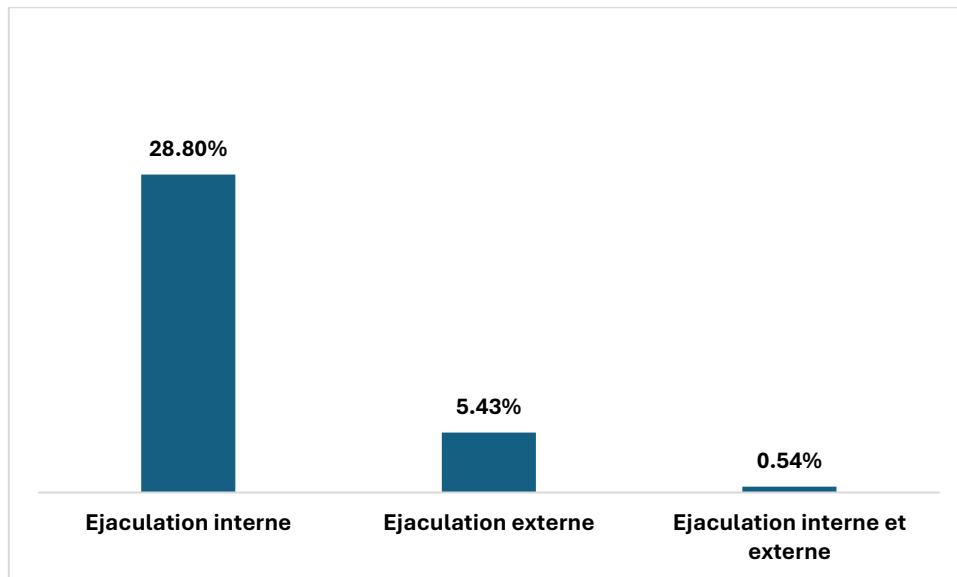
Chez les filles, autres types d'agressions ont été constaté : 51 cas (soit 27.71%) de pénétration vaginale, 14 cas (soit 7.6%) de pénétration ano vaginale, 5 cas (soit 2.71%) de pénétration oro vaginale, 2 cas (soit 1.08%) de pénétration ano vaginale et orale, notamment 4 cas (soit 2.17%) de tentative d'agression sexuelle. (Tableau VII)

**Tableau IV: Distribution des types d'agressions sexuelles selon le sexe**

Type d'agression	Filles	Garçons
Attouchements uniquement	37(20,12%)	17(9,23%)
Pénétration anale et attouchements	3(1.63%)	3(1.63%)
Pénétration anale uniquement	16(8.69%)	26(14.13%)
Pénétration ano vaginale	14(7.6%)	-
Pénétration vaginale uniquement	51(27.71%)	-
Pénétration oro vaginale	5(2.71%)	-
Pénétration ano vaginale et orale	2(1.08%)	-
Pénétration oro anale	1(0.54%)	2(1.08%)
Tentative d'agression sexuelle	4(2.17%)	-
Harcèlement sexuel	2(1.08%)	1(0.54%)
<b>Total</b>	<b>135(100%)</b>	<b>49(100%)</b>

## 6. Sites d'éjaculation :

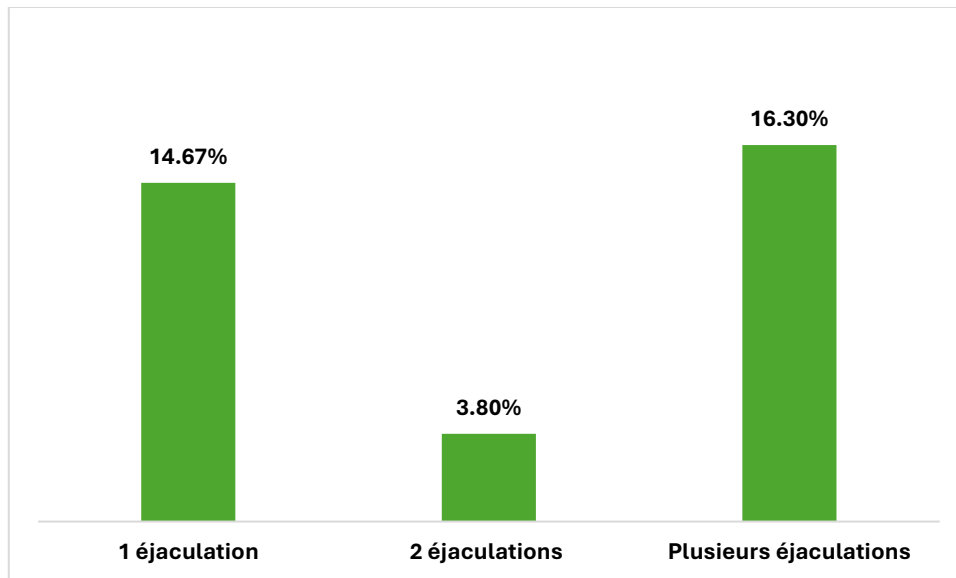
Dans 64 cas d'agressions soit (34,78%), il y'avait une éjaculation, l'éjaculation interne a été noté dans 53 cas (soit 28.8 %), l'éjaculation externe dans 10 cas (soit 5.43%) et l'éjaculation interne et externe à la fois a été noté dans 1 cas (soit 0.54%). (Figure 25)



**Figure 25 : Distribution selon le site d'éjaculation.**

## 7. Nombre d'éjaculations :

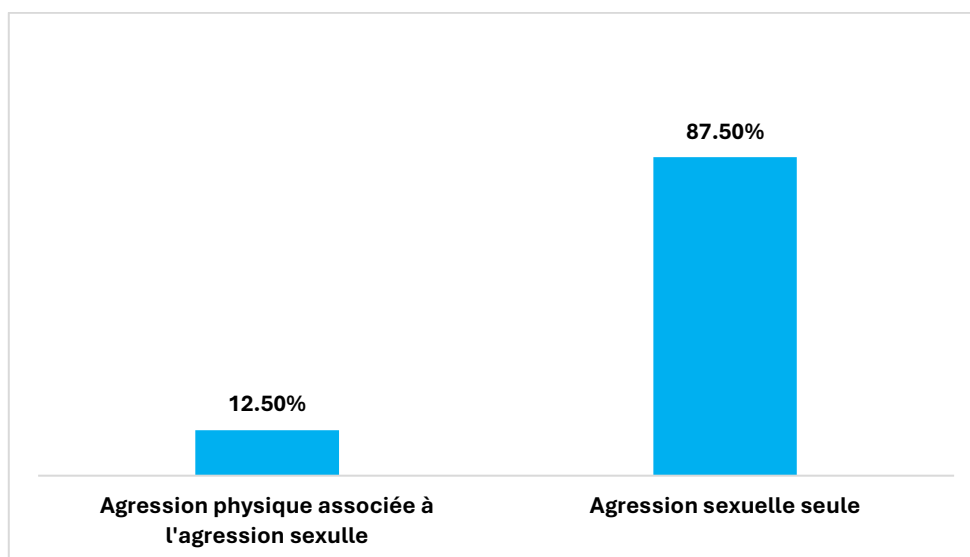
Dans notre étude, la majorité des situations, soit 120 cas (65,61 %), ne comportaient aucune éjaculation. En revanche, une ou plusieurs éjaculations ont été rapportées dans 64 cas : 30 cas (16.30 %) avec éjaculations multiples, 27 cas (14,67 %) avec une seule éjaculation, et 7 cas (3,8 %) avec deux éjaculations. (Figure 26)



**Figure 26 : Distribution selon le nombre d'éjaculation.**

**8. Autres types d'agression :**

Dans la majorité des situations, soit 161 cas (87,50 %), seule l'agression sexuelle a été signalée. En revanche, une concomitance entre agression sexuelle et agression physique a été observée dans 23 cas (12,50 %), toutes étant perpétrées par l'agresseur. (Figure 27)

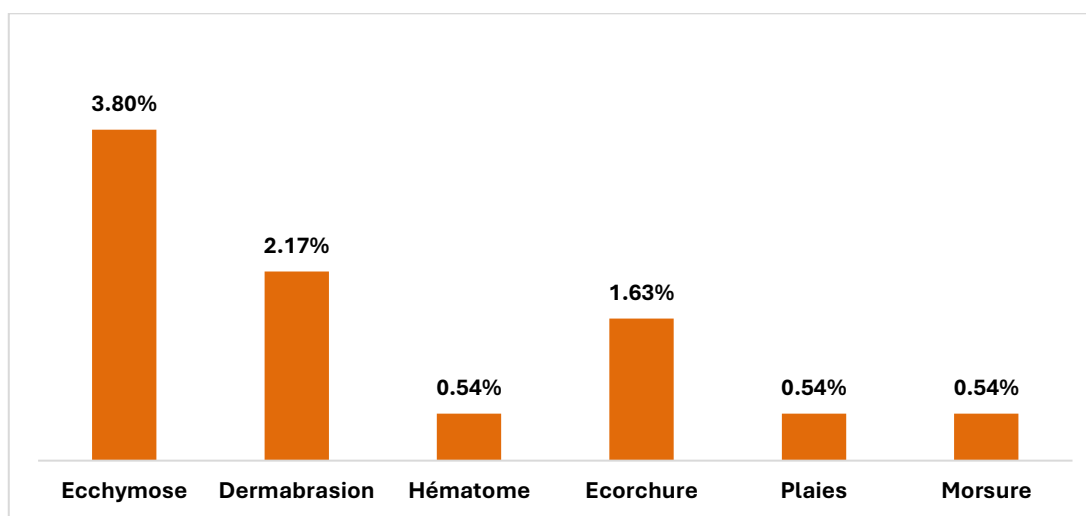


**Figure 27 : Distribution selon autres types d'agressions.**

## VI. Evaluation médico-légale :

### 1. Constatation de l'examen somatique :

Parmi les 23 cas d'agression physique, des lésions corporelles visibles ont été constatées chez 17 victimes. Il s'agissait de 7 cas d'ecchymoses (3,8 %), 4 cas de dermabrasions (2,17 %), 3 cas d'écorchures (1.63%), ainsi que d'un cas d'hématome (0,54 %), d'une plaie (0,54 %) et d'une morsure (0,54%) Il convient de noter que l'examen clinique général était normal dans l'ensemble des cas et que toutes les victimes étaient dans un état stable. (Figure 28)



**Figure 28 : Distribution selon les lésions somatiques.**

**Tableau V: Distribution des lésions somatiques selon la localisation.**

Lésions	Localisation sur le corps
Ecchymose	Fesse-jambe-genou-cou-cuisse-sein
Dermabrasion	Cuisse- lombaire-fesse-coude-dos-genou
Hématome	Paupière
Ecorchures	Cervicale-nez-face
Plaie	Main
Morsure	Joue

## 2. Constatations de l'examen sexuel :

Les lésions sexuelles étaient variables pour les 2 sexes.

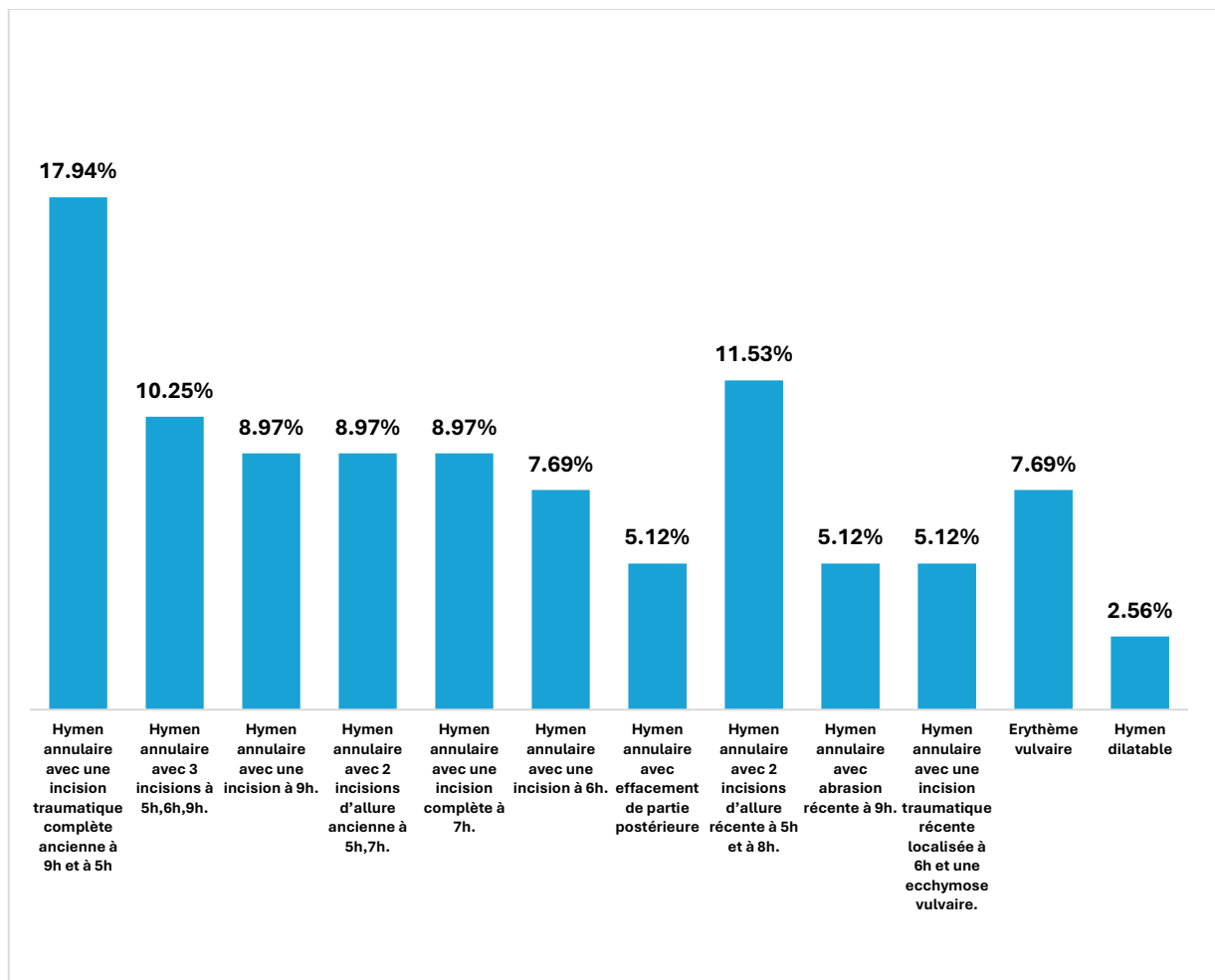
### 2.1. Chez les filles :

- Constatations gynécologiques :

Des lésions sexuelles ont été mises en évidence chez 78 filles (soit 57,77 %), tandis que l'examen gynécologique s'est révélé normal dans 57 cas (soit 42,22 %).

**Tableau VI: Distribution selon les types de lésions sexuelles chez les filles**

Lésions sexuelles	Nombre de cas	Pourcentage
Hymen annulaire avec une incision complète à 9h et à 5h.	14 cas	17,94%
Hymen annulaire avec 3 incisions à 5h,6h,9h.	8 cas	10,25%
Hymen annulaire avec une incision à 9h.	7 cas	8,97%
Hymen annulaire avec 2 incisions d'allure ancienne à 5h,7h.	7 cas	8,97%
Hymen annulaire avec une incision complète à 7h.	7 cas	8,97%
Hymen annulaire avec une incision à 6h.	6 cas	7,69%
Hymen annulaire avec effacement de partie postérieure.	4 cas	5,12%
Hymen annulaire avec 2 incisions d'allure récente à 5h et à 8h.	9 cas	11,53%
Hymen annulaire avec abrasion récente à 9h.	4 cas	5,12%
Hymen annulaire avec une incision traumatique récente localisée à 6h et une ecchymose vulvaire.	4 cas	5,12%
Erythème vulvaire	6 cas	7,69%
Hymen dilatable	2 cas	2,56%



**Figure 29 : Distribution selon les types des lésions sexuelles chez les filles.**

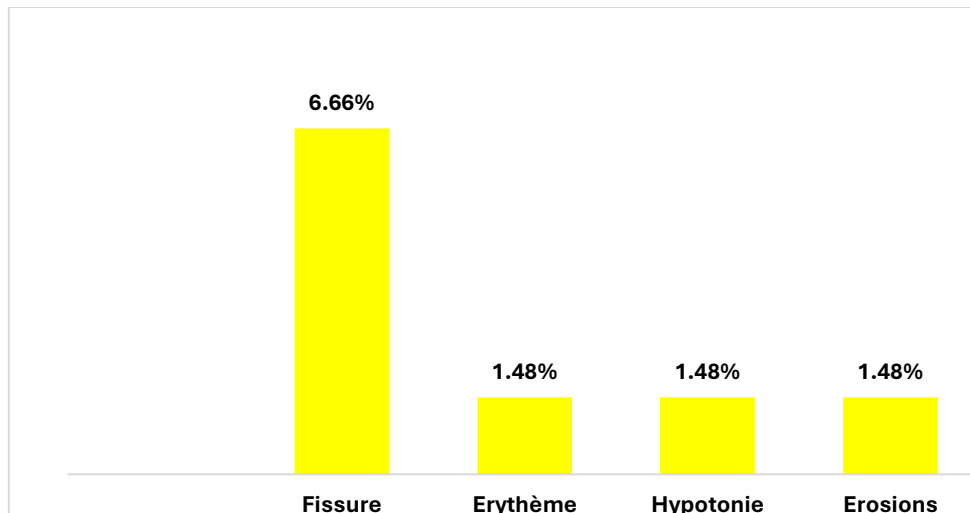
**✚ Conclusion médico-légale :**

D'après les constatations des lésions sexuelles chez les filles, on note 53 cas de défloration ancienne (soit 67,94 %) et 17 cas de défloration récente (soit 21,79 %)

- Constatations anales :

Des lésions anales ont été observées chez 15 filles (soit 11,11 %), tandis que l'examen clinique était normal dans 120 cas (88,88 %).

Les lésions identifiées comprenaient 9 cas de fissures anales (soit 6.66 %), 2 cas d'hypotonie sphinctérienne (soit 1,48 %), 2 cas d'érythème anal (soit 1,48 %) et 2 cas d'érosions (soit 1,48 %). (Figure 30)



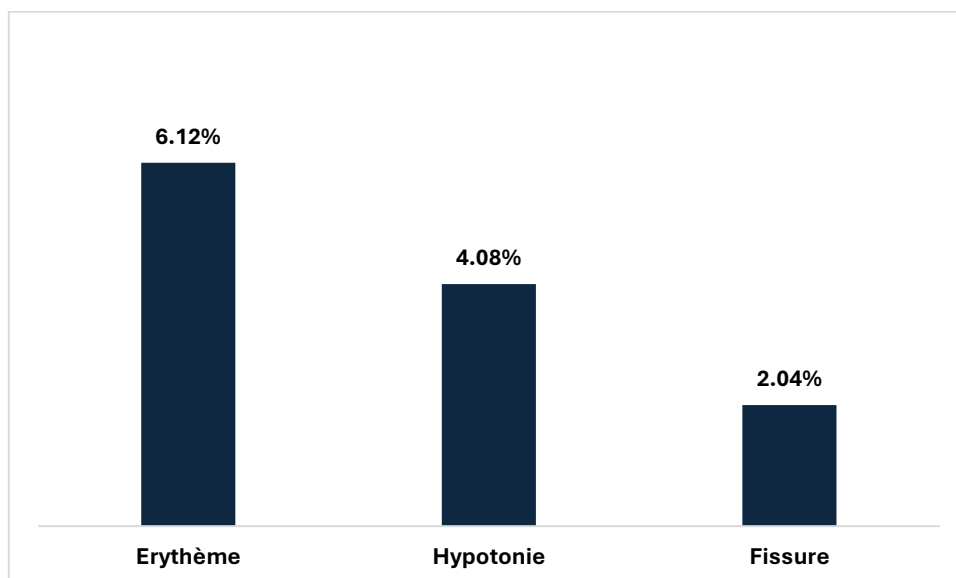
**Figure 30 : Distribution selon les lésions anales chez les filles.**

**2.2. Chez les garçons :**

- Lésions anales :

Chez les garçons, des lésions anales ont été retrouvées dans 6 cas (soit 12,24 %), tandis que l'examen clinique était normal dans 43 cas (soit 87,75 %).

Les lésions observées comprenaient 3 cas d'érythème anal (soit 6,12%), 2 cas d'hypotonie sphinctérienne (soit 4,08 %) et 1 cas de fissure anale (soit 2,04%). (Figure 31)



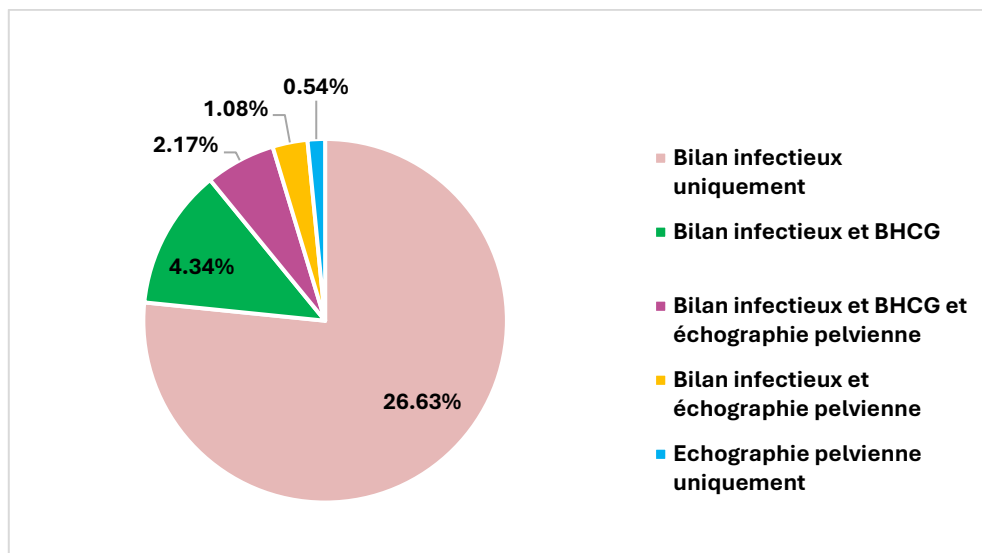
**Figure 31 : Distribution selon les lésions anales chez les garçons.**

## VII. Bilan et traitement :

### 1. Bilan :

#### 1.1. Bilan médical :

Au total, 64 victimes (soit 34,78 %), ont bénéficié d'un bilan complémentaire. Parmi elles, 49 cas (soit 26,63 %) ont subi un bilan infectieux seul, 2 cas (soit 1,08%) ont eu à la fois un bilan infectieux et une échographie pelvienne, 8 cas (soit 4,34%) ont bénéficié d'un bilan infectieux associé à un dosage des  $\beta$ -HCG, et 4 cas (soit 2,17%) ont réalisé un bilan infectieux complété par une échographie pelvienne et un dosage des  $\beta$ -HCG. Par ailleurs un seul cas (soit 0,54 %) a bénéficié uniquement d'une échographie pelvienne. (Figure 32)



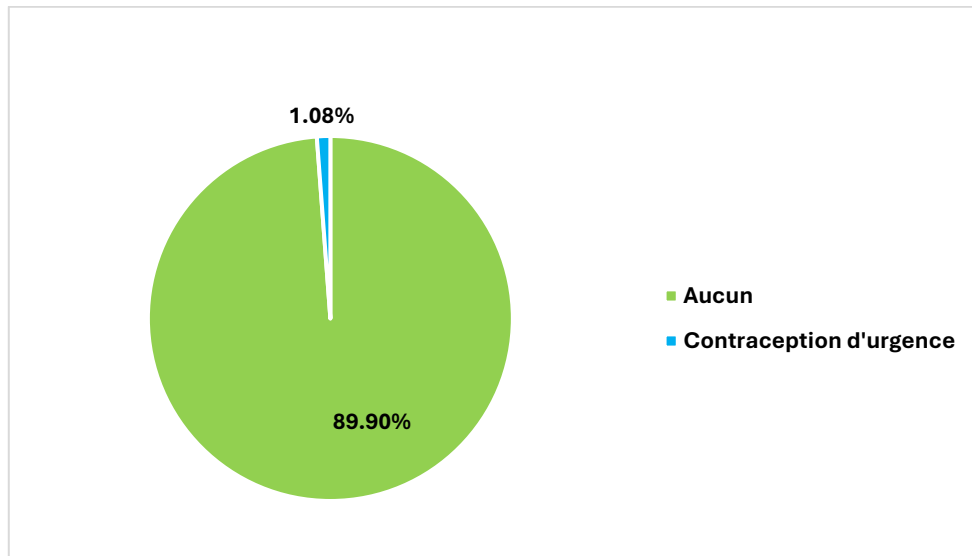
**Figure 32 : Distribution selon les bilans demandés.**

#### 1.2. Bilan médico-légal :

Dans le cadre de notre étude, le prélèvement médico-légal n'a été réalisé que dans 2 cas (soit 1,08 %) à type de prélèvements anal et salivaire pour une éventuelle identification génétique.

## 2. Traitement :

2 victimes seulement (soit 1,08%), ont bénéficié d'un traitement (contraception orale). Alors que 182 victimes (soit 98.9%) n'ont bénéficié d'aucun traitement. (Figure 33)

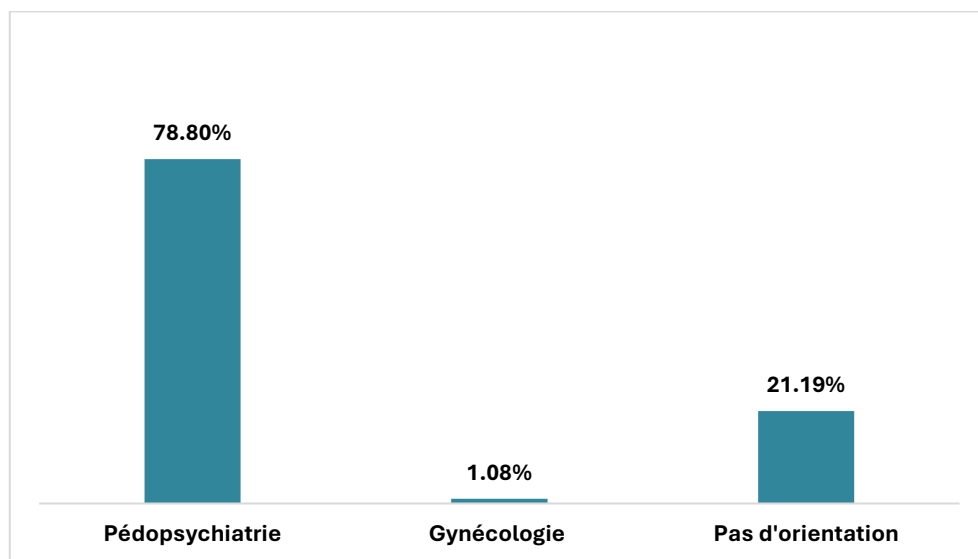


**Figure 33 : Distribution selon le traitement proposé.**

## VIII. Orientations des victimes :

### 1. Professionnels de santé :

Dans la majorité des cas, soit 145 victimes (78,8 %), une orientation vers le service de pédopsychiatrie a été assurée. Deux cas (1,08 %) ont été dirigés vers le service de gynécologie, tandis que 39 victimes n'ont bénéficié d'aucune orientation. (Figure 34)



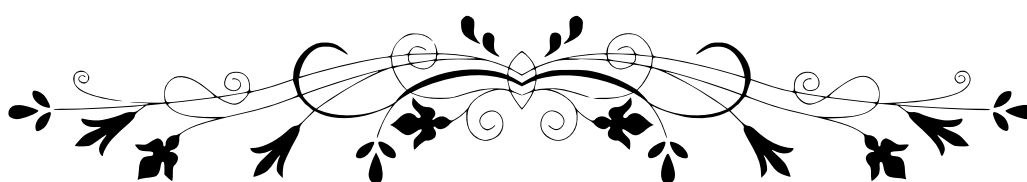
**Figure 34 : Distribution selon l'orientation des victimes**

### 2. Autorités judiciaires :

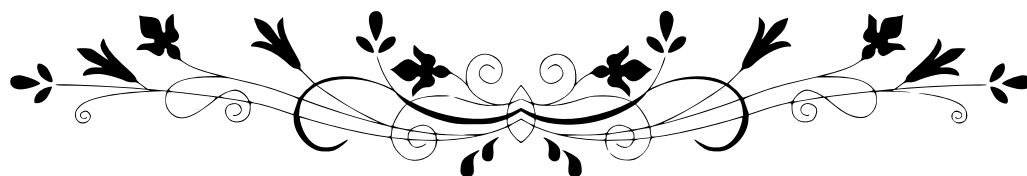
L'ensemble des 184 victimes ont consulté dans le cadre d'une réquisition judiciaire, en vue de compléter les démarches médico-légales, et un certificat médico-légal a été délivré à l'autorité requérante.

## IX. Suivi des victimes :

Sur l'ensemble des 184 cas recensés, aucun cas n'a été revu dans les consultations après l'évènement traumatique.



## **DISCUSSION**



## I. Définitions :

### ➤ Définition d'un mineur :

La notion de « mineur » varie selon le cadre juridique ou institutionnel de référence. En droit marocain, la majorité civile est fixée à dix-huit ans révolus selon le calendrier grégorien, comme le stipule le Code de la famille (Moudawana). Toute personne en dessous de cet âge est juridiquement considérée comme mineure, placée sous la tutelle légale et bénéficiaire d'une protection particulière selon l'article 209 du Code de la famille au Maroc (Loi n° 70-03 / Dahir 1-04-22 du 3 février 2004) « L'âge de la majorité légale est fixé à dix-huit années grégoriennes révolues ». Cette définition est également consolidée par la loi 22-01 relative à la justice des mineurs, qui établit un régime de responsabilité pénale différencié selon l'âge et le degré de maturité de l'enfant. (10)(11)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) adopte une approche basée sur le développement biologique et psychosocial pour catégoriser les jeunes. Elle différencie l'enfant (moins de 10 ans), l'adolescent (10 à 15 ans) et le jeune adulte (15 à 24 ans). Néanmoins, en accord avec la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CIDE), elle considère comme mineur toute personne âgée de moins de 18 ans. Cette classification constitue un référentiel essentiel pour les politiques internationales en matière de santé, d'éducation et de protection, en particulier dans les domaines de la santé mentale, de la sexualité et de la vulnérabilité sociale. (1)(2)

### ➤ Définition de l'agression sexuelle :

Tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel, avance ou propos à connotation sexuelle non souhaités, ou tout comportement impliquant l'exploitation ou le trafic sexuel, exercé sous contrainte et indépendamment du lien avec la victime ou du contexte, constitue une agression sexuelle.

Il s'agit d'une atteinte grave à l'intégrité physique, psychologique et morale, notamment lorsqu'elle vise un mineur. En droit marocain, cette infraction est encadrée par l'article 485 du Code pénal marocain (Dahir n°1-59-413 du 26 Novembre 1962), qui définit l'attentat à la pudeur comme tout acte à caractère sexuel commis avec violence, contrainte, menace ou surprise, même sans pénétration ce qui distingue cette qualification du viol. Si la victime est mineure, vulnérable ou si l'auteur occupe une position d'autorité, les peines sont alourdies, allant jusqu'à vingt ans de réclusion. Cette législation reflète la volonté de protéger les victimes dont le consentement ne peut être valablement exprimé. (12)

Sur le plan international, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère comme agression sexuelle tout contact ou tentative de contact sexuel imposé, que ce soit par contrainte physique, pression psychologique ou sociale. Cette définition inclut également les formes non physiques d'abus, comme l'exposition à du contenu sexuellement explicite ou l'exploitation. De son côté, la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) interdit toute forme de violence ou d'abus sexuel envers les moins de 18 ans, engageant les États à adopter des mesures de prévention, de protection et de réparation. (2)(13)

➤ **Définition de l'agression sexuelle chez un mineur :**

L'agression sexuelle chez le mineur peut être comprise comme toute conduite à caractère sexuel exercée sur un enfant ou un adolescent, qu'il y ait ou non contact corporel, lorsque celui-ci n'a pas la maturité ou la capacité de donner un consentement libre et éclairé. Elle inclut les gestes d'attouchements, les tentatives ou actes de pénétration, les exhibitions, l'exploitation ou encore toute forme de contrainte psychologique ou physique. D'un point de vue médico-social, l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF soulignent que l'enfant est considéré comme victime dès lors qu'il est impliqué dans une activité sexuelle qu'il ne comprend pas, pour laquelle il n'est pas préparé ou qui transgresse les normes sociales et légales. Sur le plan juridique, le Code pénal marocain considère comme agression sexuelle tout attentat à la pudeur, commis avec ou sans violence, et prévoit une aggravation des peines lorsqu'il s'agit d'une victime âgée de moins de 18 ans. (12)(13)

Depuis 2011, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élargi sa définition de l'agression sexuelle envers les mineurs afin d'inclure une variété d'actes portant atteinte à leur intégrité physique ou psychologique. Cette approche englobe toute forme de pression ou d'incitation visant à impliquer un enfant dans une activité sexuelle illégale ou préjudiciable à son bien-être mental. (2)(14)

Elle inclut également l'exploitation sexuelle à but commercial, comme l'utilisation d'enfants dans la production de contenus audiovisuels à caractère sexuel, y compris les vidéos ou images représentant des abus. D'autres formes d'exploitation sont également concernées : prostitution des mineurs, esclavage sexuel, tourisme sexuel impliquant des enfants, traite à des fins sexuelles, vente d'enfants pour exploitation, ainsi que les mariages forcés impliquant des mineurs.(16)(17)(18)

Tous ces cadres juridiques et normatifs convergent vers un principe fondamental : un mineur, en raison de son âge et de son manque de maturité, n'est pas en mesure de consentir librement à un acte sexuel. Par conséquent, toute relation de cette nature constitue un abus et doit être traitée en tant que tel, tant sur le plan judiciaire que médico-social.(1)(2)(6)

## **II. Epidémiologie :**

Les violences sexuelles envers les enfants et adolescents représentent une problématique de santé publique d'ampleur mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), près d'une fille sur cinq et un garçon sur treize sont victimes d'abus sexuels avant l'âge de 18 ans (OMS, 2014). Ces estimations sont corroborées par la méta-analyse de Lalor et McElvaney (2010), qui rapporte une prévalence mondiale de 19,7 % chez les filles et de 7,9 % chez les garçons, soulignant l'ampleur souvent méconnue de ce fléau. (2)(19)

Les taux de prévalence varient sensiblement selon les régions du globe.

En Afrique, les agressions sexuelles sur mineurs constituent un enjeu critique, malgré l'insuffisance de données fiables. D'après Baudino (2015), jusqu'à 23 % des filles mineures en

Afrique subsaharienne seraient concernées. Des facteurs comme le tabou social, l'impunité, ou encore les conflits armés aggravent la situation, notamment en République démocratique du Congo, où le viol est parfois utilisé comme arme de guerre. Une publication dans la Revue médicale d'Afrique noire révèle qu'en Afrique de l'Ouest, plus d'un enfant sur cinq aurait subi des violences sexuelles avant ses 18 ans. La stigmatisation des victimes, l'absence de formation des professionnels de santé et les obstacles à l'accès à la justice alimentent une forte sous-déclaration des cas, freinant la mise en œuvre de politiques de protection efficaces. (20)(21)(22)

Au Maroc, la problématique des agressions sexuelles chez les mineurs demeure un sujet préoccupant, bien que longtemps sous-documenté. Les études hospitalières et médico-légales réalisées ces dernières années révèlent une tendance à la hausse des cas signalés, traduisant à la fois une meilleure sensibilisation et une persistance du phénomène. Par ailleurs, une enquête nationale de l'UNICEF (2018) a estimé la prévalence des abus sexuels entre 9 et 12 % parmi les enfants vivant en milieu urbain, confirmant que ces violences constituent une réalité préoccupante et encore sous-déclarée. Les formes les plus fréquemment rapportées incluent le viol (31 %), les attouchements, l'inceste, ainsi que le harcèlement sexuel. Des associations locales comme INSAF et Bayti alertent régulièrement sur l'ampleur des cas non signalés, souvent perpétrés dans le cadre familial. Le flou juridique autour de l'inceste et les pratiques de « réparation sociale » qui atténuent les sanctions pénales contribuent à limiter l'efficacité de la protection légale. (23)(24)

Contrairement à certaines idées reçues, l'Europe n'est pas épargnée. Bien que les dispositifs juridiques et sociaux y soient plus développés, les chiffres demeurent préoccupants. Les données les plus récentes estiment qu'entre 10 % et 20 % des mineurs européens ont subi une forme d'agression sexuelle avant l'âge de 18 ans, qu'il s'agisse de violences avec contact (attouchements, viols) ou sans contact (exhibitionnisme, voyeurisme, sollicitations en ligne). Ces estimations s'appuient notamment sur les travaux de Stoltenborgh et al. (2011) et sur l'enquête de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA), qui inclut les mineurs dans son analyse sur les violences faites aux femmes. (25) (26)

## Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas

---

Les taux varient selon les pays européens. Par exemple : (27)(28)(29)(30)

- Au Royaume-Uni, les estimations de la NSPCC (2021) indiquent que 16 % à 25 % des filles et environ 10 % des garçons ont subi des abus sexuels durant leur enfance.
- En Suède, les enquêtes nationales font état d'une prévalence avoisinant 19 % chez les filles mineures.
- En France, l'enquête Virage menée par l'INED (2020) révèle qu'environ 14 % des mineurs seraient concernés par des agressions sexuelles, avec une part importante de violences intrafamiliales.
- En Allemagne, le ministère fédéral de la Famille et de la Jeunesse rapporte plus de 14 500 cas d'abus sur mineurs signalés en 2022, marquant une progression constante depuis la pandémie.

En Amérique du Nord, notamment aux États-Unis et au Canada, la disponibilité de mécanismes de signalement efficaces et d'enquêtes régulières permet de dresser un tableau relativement précis des violences sexuelles sur mineurs. Selon le National Center for Victims of Crime, environ une fille sur quatre et un garçon sur treize subissent des abus sexuels avant l'âge adulte. Finkelhor et al. (2014) rapportent qu'environ 20 % des femmes américaines ont été victimes d'agressions sexuelles durant leur enfance, contre 5 à 10 % chez les hommes. (31)(32)

Au Canada, les données fédérales de 2020 font état de plus de 15 000 signalements de violences sexuelles contre des mineurs, soit une hausse de 24 % par rapport à l'année précédente. Cette progression serait attribuable à une sensibilisation croissante, mais aussi à l'essor des formes numériques d'abus (partage de contenus illicites, manipulation en ligne). (33)

En Amérique latine, bien que les données soient moins systématisées, les résultats disponibles sont alarmants. Au Brésil, le ministère de la Santé a recensé en 2022 plus de 30 000 cas de violences sexuelles sur des enfants de moins de 14 ans, majoritairement perpétrées dans un cadre familial. Au Mexique, une étude du Instituto Nacional de Salud Pública (2021) estime que 13 % des jeunes filles de moins de 18 ans ont subi une agression sexuelle, souvent à l'école ou à domicile. (34)(35)

En Asie, la question des violences sexuelles sur enfants reste largement sous-estimée, en raison de normes culturelles restrictives, de la pression sociale et de dispositifs juridiques parfois inadaptés. Toutefois, certaines études récentes contribuent à mieux appréhender l'ampleur du phénomène. En Inde, une enquête du Ministère de la Femme et du Développement de l'Enfant (2018) révèle que plus de 53 % des enfants interrogés ont été victimes d'une forme de violence sexuelle, incluant attouchements, harcèlement ou viol. (36)(37)

En Chine, bien que les données officielles soient limitées, une étude de la China Law Society (2020) signale une augmentation de 70 % des cas de viols sur mineurs en cinq ans, particulièrement dans les zones rurales et les internats. Au Pakistan, l'organisation Sahil (2022) a enregistré plus de 2 300 cas d'abus sexuels sur enfants en une seule année, dont la moitié concerne des victimes âgées de moins de 10 ans. (38)(39)

Dans des pays comme les Philippines, l'essor du numérique a entraîné une explosion des cas d'exploitation sexuelle en ligne. En 2021, Interpol a identifié plus de 500 000 images d'enfants abusés provenant du pays. L'Asie du Sud-Est est ainsi devenue un épicrocentro des réseaux transnationaux d'exploitation sexuelle, alimentés par la pauvreté, la faiblesse des réglementations et la demande croissante sur les plateformes clandestines.

### **III. Types des agressions sexuelles:**

#### **1. Pénétration:**

Pénétration vaginale, anale ou orale imposée, souvent sous menace ou violence.

#### **2. Attouchements sexuels :**

Contacts non consentis sur les zones intimes sans pénétration (seins, fesses, organes génitaux).

**3. Harcèlement sexuel :**

Propos, gestes ou comportements répétés à connotation sexuelle dans le but d'intimider, humilier ou obtenir des faveurs.

**4. Coercition sexuelle psychologique :**

Pressions, menaces verbales ou manipulation affective pour obtenir un acte sexuel.

**5. Exhibitionnisme et voyeurisme :**

Imposition non consentie d'une nudité ou d'un acte sexuel ; observation ou enregistrement secret de personnes dans l'intimité.

**IV. Signes d'appel :**

- Comportements sexuels inappropriés :
  - Connaissance ou gestes sexuels non adaptés à l'âge.
  - Simulation d'actes sexuels entre enfants.
  - Discours sexuels explicites.
  - Pratique excessive de la masturbation
  - Comportement de séduction inapproprié ou excessif
  - Utilisation de termes ou de comportements sexuels inappropriés pour l'âge ou le contexte
  - Préoccupation excessive envers des sujets sexuels
  - Jeux ou activités sexualisés inappropriés pour l'âge
  - Représentation des organes sexuels dans des dessins ou des jeux
  - Abus sexuel commis sur un enfant plus jeune

- Pratique de la prostitution
- Troubles psychiques ou émotionnels :
  - Anxiété, cauchemars, repli sur soi, mutisme.
  - Troubles de sommeil
  - Irritabilité, colère inexplicée.
  - Symptômes dépressifs, idées suicidaires.
  - Isolement social
  - Craintes excessives
  - Baisse des performances scolaires
  - Humeur changeante
  - Signes de dépression
  - Conduite addictive : drogue ou d'alcool
- Troubles du comportement :
  - Comportements agressifs, fugues répétées.
  - Opposition aux figures d'autorité.
  - Agressivité
  - Fugue
  - Automutilation
  - Tentative de suicide
  - Criminalité juvénile
  - Difficultés scolaires soudaines.

- Signes somatiques et gynécologiques :
  - Douleurs inexplicables (vaginales, abdominales, anales).
  - Grossesse
  - Infections sexuellement transmissibles chez un enfant.
  - Lésions ou irritations de la zone génitale.
  - Énurésie secondaire
  - Encoprésie secondaire
  - Perte d'appétit, fluctuations de poids
  - Infections urinaires récurrentes
  - Symptômes psychosomatiques persistants
  - Symptômes touchant respectivement la vulve, le vagin ou l'anus chez la fille, le pénis ou l'anus chez le garçon
- Changement relationnel brutal :
  - Peur ou évitement soudain d'un adulte.
  - Perte de confiance envers les proches.
  - Attachement excessif ou rejet de certaines figures.
- Déclarations directes ou indirectes :
  - Révélations spontanées de l'enfant (souvent floues ou incomplètes).
  - Mots-clés dans les jeux ou dessins (violence, peur, enfer, interdit...).

## V. Facteurs de risque ou de vulnérabilité :

### 1. Facteurs individuels :

➤ Chez l'enfant :

- L'âge et le sexe de l'enfant (2)(40)(41)

Les recherches indiquent que les filles sont globalement plus exposées aux agressions sexuelles que les garçons, bien que ces derniers soient souvent sous-représentés en raison de la sous-déclaration.

L'âge constitue un autre élément clé : les enfants âgés entre 7 et 13 ans sont parmi les plus vulnérables, car ils sont généralement moins capables de reconnaître, comprendre ou dénoncer la violence.

- Antécédents de traumatismes ou maltraitances : (40) (41)

Un historique de maltraitance physique, négligence, ou exposition à la violence familiale est souvent présent chez les enfants victimes. Ces expériences peuvent altérer leur perception des limites personnelles, rendant plus difficile l'identification d'une situation abusive.

- Difficultés cognitives ou troubles du développement (42)

–Les enfants ayant des troubles du spectre de l'autisme (TSA), un retard intellectuel ou d'autres déficiences développementales sont exposés à un risque accru en raison de leurs capacités limitées à interpréter les intentions d'autrui et à verbaliser une agression.

- Faible estime de soi et isolement social (43)

Les victimes présentent souvent une estime de soi fragile, accompagnée de problèmes d'attachement, parfois liés à une relation parentale dysfonctionnelle. Cette vulnérabilité émotionnelle peut les rendre plus susceptibles d'être manipulées ou de rechercher l'attention à tout prix.

- Comportements à risque ou sexualisés : (44)

Certains mineurs présentent des comportements sexualisés précoces ou problématiques, qui, loin d'être une cause, peuvent être des indicateurs d'une agression antérieure ou d'une exposition inadéquate à la sexualité. Cela attire parfois l'attention de prédateurs sexuels qui exploitent cette confusion.

- Expériences antérieures d'abus sexuels : (45) (46)

Les enfants ayant déjà été victimes d'abus sexuels sont significativement plus à risque de subir de nouvelles agressions. Cela peut s'expliquer par un cycle de victimisation, souvent aggravé par l'absence d'intervention adéquate.

➤ Chez l'agresseur :

- Antécédents de victimisation sexuelle ou de traumatismes : (47)

Une grande proportion d'agresseurs sexuels ont eux-mêmes été victimes d'abus sexuels dans l'enfance. Cette histoire de victimisation peut altérer les représentations sexuelles, la régulation émotionnelle et favoriser une répétition traumatique. Le traumatisme peut aussi induire une confusion des limites interpersonnelles.

- Problèmes de régulation émotionnelle et impulsivité : (48)

Les auteurs présentent souvent une intolérance à la frustration, un contrôle des impulsions déficient et une difficulté à gérer la colère ou l'anxiété. Ces traits sont fréquemment associés à des troubles du spectre externalisé, tels que les troubles de la conduite ou du comportement antisocial.

- Déficits cognitifs et distorsions cognitives : (49)

Plusieurs agresseurs développent des distorsions cognitives justifiant leurs actes. Ils peuvent aussi présenter un raisonnement moral immature, une faible empathie cognitive, ou des troubles neurodéveloppementaux légers.

- Isolement social et troubles de l'attachement : (50)

Les auteurs décrits dans les études sont souvent isolés, avec peu de relations affectives stables. Ce vide relationnel est parfois comblé par des fantasmes sexuels inadaptés impliquant des enfants. Des traumatismes précoces dans la relation parentale (négligence, rejet, carence affective) sont souvent observés.

- Faible estime de soi et immaturité affective : (51)

L'agresseur sexuel de mineur peut présenter une immaturité émotionnelle, une difficulté à établir des relations égalitaires, ainsi qu'une estime de soi fragile. Il peut ainsi se tourner vers une figure plus vulnérable (l'enfant) pour compenser son sentiment d'impuissance.

- Hypersexualité ou comportement sexuel compulsif : (52)

Une proportion importante manifeste des comportements sexuels compulsifs, une fixation sexuelle sur les enfants (troubles paraphiliques), ou encore une utilisation problématique de la pornographie impliquant des mineurs. Ces comportements peuvent s'ancrer précocement dans leur développement sexuel.

- Consommation de substances : (53)

Bien que non systématique, la consommation d'alcool ou de drogues est souvent présente au moment de l'agression. Cela agit comme désinhibiteur, facilitant le passage à l'acte.

## **2. Facteurs familiaux :**

Le contexte familial joue un rôle fondamental dans la vulnérabilité des mineurs face aux agressions sexuelles. Loin d'être un simple décor passif, la structure, la dynamique et l'histoire familiale peuvent créer un environnement propice à la victimisation ou au silence autour des violences sexuelles. Plusieurs dimensions émergent comme particulièrement critiques :

➤ La dysfonction familiale : (54)

Les familles traversées par des conflits intenses, des épisodes de violence conjugale ou une communication déficiente sont souvent identifiées comme des environnements à haut risque. Ces situations compromettent la capacité de protection des adultes et augmentent la vulnérabilité de l'enfant. Elles freinent également la possibilité pour la victime de révéler les faits.

➤ L'absence ou la négligence parentale : (55)

L'indisponibilité affective des parents, qu'elle soit due à des séparations, des absences prolongées, ou à un désintérêt manifeste, augmente les risques d'agression. Une supervision déficiente, liée à une parentalité immature ou surchargée, constitue une faille importante.

➤ Les antécédents de violences ou d'abus dans la famille : (56)

Le manque de présence affective des parents qu'il soit lié à une séparation, une absence prolongée ou un désintérêt manifeste accroît considérablement le risque d'abus. Une supervision défaillante, souvent liée à une parentalité immature ou surchargée, laisse des failles dont les agresseurs peuvent tirer parti.

➤ La précarité sociale et économique : (57)

Les conditions de vie difficiles comme la pauvreté, le surpeuplement, l'instabilité professionnelle ou l'isolement social exposent les familles à de multiples vulnérabilités. Ces facteurs peuvent être exploités par les agresseurs, qui manipulent ou corrompent l'entourage fragilisé.

➤ L'absence de soutien ou la réaction négative à la révélation : (58)

De nombreuses victimes déclarent avoir reçu peu de soutien, voire des réactions hostiles, lors de la révélation de l'agression. Certaines familles vont jusqu'à nier les faits, culpabiliser l'enfant ou protéger l'agresseur, souvent un proche. De telles attitudes aggravent le traumatisme initial et renforcent la détresse de la victime.

### 3. Facteurs relationnels :

Le contexte familial constitue un facteur déterminant dans la vulnérabilité des mineurs face aux agressions sexuelles. Loin d'être un simple cadre de vie, la structure familiale, ses dynamiques internes et son histoire peuvent favoriser un climat propice à la victimisation ou au silence entourant les violences. Plusieurs aspects apparaissent comme particulièrement préoccupants :

- Relations déficientes avec les figures d'attachement : (59)

Les enfants entretenant des liens instables ou insatisfaisants avec leurs figures d'attachement, généralement les parents, présentent une vulnérabilité accrue. Un déficit affectif ou une relation ambivalente peut pousser l'enfant à chercher ailleurs une forme d'attention ou de sécurité, l'exposant ainsi à des adultes malveillants susceptibles d'exploiter ce besoin à des fins de manipulation.

- Manque de réseaux de soutien sécurisants : (60)

Un isolement social ou l'absence de figures protectrices dans l'entourage comme des grands-parents, enseignants bienveillants ou amis stables réduit les chances pour l'enfant de se confier. Le manque de relais relationnels favorise l'invisibilité des violences et complique leur révélation. À l'inverse, un environnement soutenant constitue un facteur de protection majeur.

- Exposition à des adultes à haut risque : (61)

De nombreux auteurs d'agressions sexuelles proviennent du cercle proche : beaux-parents, proches parents, éducateurs ou voisins. Lorsqu'un adulte charismatique ou perçu comme bienveillant exerce une influence non encadrée sur l'enfant, les risques d'abus augmentent. La position d'autorité ou d'admiration rend souvent la dénonciation difficile, voire impossible pour la victime.

➤ Relations inappropriées avec les pairs : (62)

Certaines victimes manifestent une socialisation altérée avec d'autres enfants, caractérisée par des relations déséquilibrées, des expériences de rejet ou des comportements sexualisés précoces. Ces dynamiques peuvent être à la fois une conséquence d'abus antérieurs ou un signal d'alerte d'abus en cours ou à venir.

➤ Dépendance affective ou matérielle : (63)

Un enfant émotionnellement ou financièrement dépendant d'un adulte qu'il s'agisse d'un parent négligent, d'un éducateur ou d'un partenaire plus âgé est davantage exposé aux abus. Cette dépendance est souvent exploitée par les agresseurs pour instaurer un rapport de contrôle et faire taire la victime.

➤ Climat relationnel fondé sur la peur ou la honte : (64)

Lorsque l'enfant évolue dans un environnement où règnent la menace, l'humiliation ou la honte, il peut apprendre à se taire, persuadé que l'abus est une forme de punition ou une fatalité. Cette pression psychologique, même subtile, renforce l'omerta et empêche toute tentative de révélation.

#### 4. Facteurs sociaux :

Les facteurs sociaux englobent l'environnement collectif dans lequel grandit l'enfant, incluant le contexte communautaire, les normes culturelles, l'exposition médiatique, la pauvreté structurelle et l'efficacité des politiques de protection de l'enfance. Bien que parfois discrets ou indirects, ces éléments jouent un rôle déterminant dans la vulnérabilité des mineurs face aux agressions sexuelles.

➤ La pauvreté et l'exclusion sociale : (65)

La précarité économique figure parmi les facteurs de risque les plus significatifs. Les enfants issus de milieux défavorisés sont souvent exposés à des environnements violents ou à des formes d'exploitation, où les besoins fondamentaux peuvent être instrumentalisés dans des rapports de pouvoir inégaux. La pauvreté limite également l'accès aux services de protection, de santé mentale et de soutien judiciaire, accentuant leur vulnérabilité.

➤ Marginalisation et discrimination : (66)

Les enfants appartenant à des groupes marginalisés tels que les minorités ethniques, les enfants en situation de handicap, les migrants ou les autochtones sont davantage exposés aux violences sexuelles. Leur invisibilisation dans les institutions, les stéréotypes sociaux et leur accès limité à la justice renforcent leur risque de victimisation.

➤ Manque d'éducation à la sexualité et aux droits : (67)

Le manque d'éducation à la sexualité, à la notion de consentement et aux droits corporels empêche les enfants de reconnaître les situations abusives. Le silence entourant les questions sexuelles, souvent renforcé par des normes religieuses ou culturelles, ouvre la voie à la manipulation. Cette carence éducative limite aussi la capacité des enfants à dénoncer les agressions.

➤ Influence des médias et de la pornographie :(68)

L'exposition précoce à des contenus sexualisés ou violents via les réseaux sociaux, la pornographie ou certains médias numériques contribue à une banalisation des comportements sexuels inappropriés. Elle peut altérer la perception des jeunes en matière de consentement, réduire leur sensibilité face aux agressions et encourager une sexualisation prématurée.

➤ Défaillances des institutions de protection : (69)

Les institutions censées protéger les enfants telles que les écoles, les structures médicales ou judiciaires peuvent parfois faillir dans leur mission. Le manque de formation des professionnels, la surcharge des services sociaux et des protocoles inadaptés entraînent une détection insuffisante, voire une victimisation institutionnelle. Cette défaillance est souvent accompagnée d'un silence structurel.

- Culture de la honte et du silence : (70)

Dans de nombreux contextes culturels, les violences sexuelles restent enveloppées de tabous. Les victimes sont réduites au silence par peur d'être stigmatisées, de nuire à l'honneur familial ou de ne pas être crues. Cette culture de la honte, souvent enracinée dans des traditions patriarcales ou religieuses, constitue un frein majeur à la reconnaissance et à la dénonciation des agressions.

## VI. Cadre législatif :

- Les textes internationaux : (2)(6)(14)

La protection des mineurs contre les agressions sexuelles représente aujourd'hui un enjeu crucial en droit international, en raison de la gravité des violences subies et de leurs répercussions durables sur le développement psychologique, physique et social des victimes. Face à l'ampleur de ce phénomène, de nombreux États ont renforcé leurs dispositifs juridiques afin de prévenir, punir et réparer de telles atteintes.

La reconnaissance progressive des droits de l'enfant, impulsée par des instances internationales telles que l'Organisation des Nations Unies (ONU), le Conseil de l'Europe ou encore l'Organisation des États américains (OEA), a permis de considérer l'agression sexuelle comme une violation grave des droits fondamentaux. Cette évolution a conduit à l'adoption de conventions, de protocoles et de législations nationales visant à garantir une protection complète et cohérente des enfants.

- **Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE, 1989) (14)**

- Article 19 :

Engage les États à mettre en œuvre toutes les mesures légales, administratives, sociales et éducatives nécessaires pour protéger les enfants contre toute forme de violence, y compris sexuelle, et à mettre en place des mécanismes efficaces de prévention, de signalement, d'enquête, et de prise en charge.

- Article 34 :

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

- a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale

- b) Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales ;

- c) Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.

- Article 39 :

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

- **Protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants (2000) (71)**

Criminalise toutes les formes d'abus sexuels sur enfants, y compris en ligne, au sein de la famille ou des institutions.

Prévoit des mesures de prévention, de protection des victimes, de formation des professionnels, et de coopération judiciaire entre États.

- **Convention du Conseil de l'Europe pour la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels (dite Convention de Lanzarote, 2007) (6)**

Implique la criminalisation de tous les abus sexuels sur enfants, y compris en ligne, dans les institutions ou la famille.

Implique des obligations de signalement, la formation des professionnels, la protection des victimes, et la coopération judiciaire internationale.

- **Convention européenne des droits de l'Homme (CEDH) (72) (73)**

Protège le droit à l'intégrité physique et psychologique (Article 3 : Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.)

Jurisprudence importante de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) sur les obligations des États en cas de violences sexuelles sur mineurs.

États-Unis :

- **PROTECT Act (2003)** : Renforce les peines contre la pornographie infantile et le tourisme sexuel. (74)
- **Megan's Law et Adam Walsh Act** : Créent des registres publics des délinquants sexuels. (75)
- **Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA)** : Cadre fédéral pour la prévention, le signalement et l'intervention en cas de maltraitance. (76)

Canada :

- **Le Code criminel** (articles 151 à 153.1) pénalise strictement tout acte sexuel impliquant un mineur. (77)
- **La Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)** impose le signalement obligatoire de tout soupçon d'abus. (78)

- La Stratégie nationale contre l'exploitation sexuelle en ligne renforce les outils de prévention et de détection des contenus illicites. (79)

Instruments interaméricains :

- Organisation des États américains (OEA) : (80) (81)

Convention de Belém do Pará (1994) : Premier traité interaméricain à reconnaître les violences sexuelles comme une atteinte aux droits humains, y compris ceux des enfants.

Convention américaine relative aux droits de l'homme (Pacte de San José, 1969) : Garantit le droit des enfants à l'intégrité physique et à la protection contre toute forme de violence.

- **Textes nationaux :**

Le cadre législatif marocain en matière de protection des mineurs contre les agressions sexuelles est principalement régi par le Code pénal marocain, avec des articles spécifiques qui criminalisent les actes d'agression sexuelle, en particulier lorsqu'ils sont commis sur des enfants.

Le Maroc, en tant que signataire de plusieurs conventions internationales (notamment la Convention relative aux droits de l'enfant), a intégré dans son droit interne des dispositions visant à lutter contre les violences sexuelles faites aux enfants. La réforme du Code pénal (notamment depuis 2014) a permis de renforcer les peines et d'élargir la définition des actes criminels envers les mineurs.

- **Attentat aux mœurs : Code pénal marocain (82)**

- **Article 483 :**

Quiconque, par son état de nudité volontaire ou par l'obscénité de ses gestes ou de ses actes, commet un outrage public à la pudeur est puni de l'emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de 200 à 500 dirhams. L'outrage est considéré comme public dès que le fait qui le constitue a été commis en présence d'un ou plusieurs témoins involontaires ou mineurs de dix-huit ans, ou dans un lieu accessible aux regards du public.

- **Article 484 :**

Est puni de l'emprisonnement de deux à cinq ans, tout attentat à la pudeur consommé ou tenté sans violence, sur la personne d'un mineur de moins de dix-huit ans, d'un incapable, d'un handicapé ou d'une personne connue pour ses capacités mentales faibles, de l'un ou de l'autre sexe.

- **Article 485 :**

Est puni de la réclusion de cinq à dix ans tout attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violences contre des personnes de l'un ou de l'autre sexe. Toutefois si le crime a été commis sur la personne d'un enfant de moins de dix-huit ans, d'un incapable, d'un handicapé, ou sur une personne connue pour ses capacités mentales faibles, le coupable est puni de la réclusion de dix à vingt ans.

- **Article 486 :**

Le viol est l'acte par lequel un homme a des relations sexuelles avec une femme contre le gré de celle-ci. Il est puni de la réclusion de cinq à dix ans. Toutefois si le viol a été commis sur la personne d'une mineure de moins de dix-huit ans, d'une incapable, d'une handicapée, d'une personne connue par ses facultés mentales faibles, ou d'une femme enceinte, la peine est la réclusion de dix à vingt ans.

- **Article 487 :**

Si les coupables sont les ascendants de la personne sur laquelle a été commis l'attentat, s'ils sont de ceux qui ont autorité sur elle, s'ils sont ses tuteurs ou ses serviteurs à gages, ou les serviteurs à gages des personnes ci-dessus désignées, s'ils sont fonctionnaires ou ministres d'un culte, ou si le coupable quel qu'il soit, a été aidé dans son attentat par une ou plusieurs personnes, la peine est :

- La réclusion de cinq à dix ans, dans le cas prévu à l'article 484 ;
- La réclusion de dix à vingt ans, dans le cas prévu à l'article 485, alinéa 1 ;

- La réclusion de vingt à trente ans, dans le cas prévu à l'article 485, alinéa 2 ;
- La réclusion de dix à vingt ans, dans le cas prévu à l'article 486, alinéa 1 ;
- La réclusion de vingt à trente ans, dans le cas prévu à l'article 486, alinéa 2.

- **Article 488 :**

Dans le cas prévu aux articles 484 à 487, si la défloration s'en est suivie, la peine est :

- La réclusion de cinq à dix ans, dans le cas prévu à l'article 484 ;
- La réclusion de dix à vingt ans, dans le cas prévu à l'article 485, alinéa 1 ;
- La réclusion de vingt à trente ans, dans le cas prévu à l'article 485, alinéa 2 ;
- La réclusion de dix à vingt ans, dans le cas prévu à l'article 486, alinéa 1 ;
- La réclusion de vingt à trente ans, dans le cas prévu à l'article 486, alinéa 2.
- Toutefois, si le coupable rentre dans la catégorie de ceux énumérés à l'article 487, le maximum de la peine prévue à chacun des alinéas dudit article est toujours encouru.

➤ **L'exploitation sexuelle des enfants : Code pénal marocain (82)**

- **Article 497 :**

Quiconque excite, favorise ou facilite la débauche ou la prostitution des mineurs de moins de dix-huit ans, est puni de l'emprisonnement de deux à dix ans et d'une amende de vingt mille à deux cent mille dirhams.

- **Article 498 :**

Est puni de l'emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de cinq mille à un million de dirhams, à moins que le fait ne constitue une infraction plus grave, quiconque sciemment :

1) D'une manière quelconque, aide, assiste, ou protège la prostitution d'autrui ou le racolage en vue de la prostitution ;

2) Sous une forme quelconque, en connaissance de cause, perçoit une part des produits de la prostitution ou de la débauche d'autrui ou reçoit des subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ou à la débauche ;

3) Vit, en connaissance de cause, avec une personne se livrant habituellement à la prostitution ;

4) Embauche, entraîne, livre, protège, même avec son consentement ou exerce une pression sur une personne en vue de la prostitution ou la débauche ou en vue de continuer à exercer la prostitution ou la débauche ;

5) Fait office d'intermédiaire, à un titre quelconque, entre les personnes se livrant à la prostitution ou à la débauche et les individus qui exploitent ou rémunèrent la prostitution ou la débauche d'autrui ;

6) Aide celui qui exploite la prostitution ou la débauche d'autrui à fournir de fausses justifications de ses ressources financières ;

7) Se trouve incapable de justifier la source de ses revenus, considérant son niveau de vie alors qu'il vit avec une personne se livrant habituellement à la prostitution ou à la débauche ou entretenant des relations suspectes avec une ou plusieurs personnes se livrant à la prostitution ou à la débauche ;

8) Entrave les actions de prévention, de contrôle, d'assistance ou de rééducation entreprises par les secteurs, les organismes ou organisations habilités à cet effet vis-à-vis des personnes qui s'adonnent à la prostitution ou à la débauche ou qui y sont exposés.

- **Article 499 :**

Les peines édictées à l'article précédent sont portées à l'emprisonnement de deux à dix ans et à une amende de dix mille à deux millions de dirhams lorsque :

## **Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas**

---

- 1) L'infraction a été commise à l'égard d'un mineur de moins de dix-huit ans ;
- 2) L'infraction a été commise à l'égard d'une personne dans une situation difficile du fait de son âge, d'une maladie, d'un handicap ou d'une faiblesse physique ou psychique, ou à l'égard une femme enceinte, que sa grossesse soit apparente ou connue par le coupable ;
- 3) L'infraction a été commise à l'égard de plusieurs personnes ;
- 4) L'auteur de l'infraction est l'un des époux ou appartient à l'une des catégories énumérées à l'article 487 du présent code ;
- 5) L'infraction a été provoquée par contrainte, abus d'autorité, ou fraude, ou lorsque des moyens qui permettent de photographier, de filmer ou d'enregistrer ont été utilisés.
- 6) L'infraction est commise par une personne chargée, du fait de sa fonction, de participer à la lutte contre la prostitution ou la débauche<sup>228</sup>, à la protection de la santé et de la jeunesse ou à la maintenance de l'ordre public ;
- 7) L'auteur de l'infraction était porteur d'une arme apparente ou cachée ;
- 8) L'infraction a été commise par plusieurs personnes comme auteurs, coauteurs ou complices sans pour autant constituer une bande ;
- 9) L'infraction a été commise par le biais de messages adressés à travers les moyens de communication soit à un public non déterminé ou à des personnes précises.

- **Article 499-1 :**

Les infractions prévues à l'article 499 ci-dessus sont punies de l'emprisonnement de dix à vingt ans et d'une amende de cent mille à trois millions de dirhams si elles sont commises par une association de malfaiteurs.

- **Article 499-2 :**

Les infractions prévues aux articles 499 et 499-1 sont punies de la réclusion perpétuelle si elles sont commises par la torture ou des actes de barbarie.

➤ **Harcèlement sexuelle : Code pénal marocain (82)**

• **Article 503-1 :**

Est coupable d'harcèlement sexuel et puni de l'emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cinq mille à cinquante mille dirhams, quiconque, en abusant de l'autorité qui lui confère ses fonctions, harcèle autrui en usant d'ordres, de menaces, de contraintes ou de tout autre moyen, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle.

• **Article 503-1-1 :**

Est coupable de harcèlement sexuel et est puni d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 2.000 à 10.000 dirhams ou de l'une de ces peines, quiconque persiste à harceler autrui dans les cas suivants :

1. Dans les espaces publics ou autres, par des agissements, des paroles, des gestes à caractère sexuel ou à des fins sexuelles ;

2. Par des messages écrits, téléphonique ou électroniques, des enregistrements ou des images à caractère sexuel ou à des fins sexuelles.

La peine est portée au double si l'auteur est collègue de travail ou une personne en charge du maintien de l'ordre et de la sécurité dans les espaces publics ou autres.

• **Article 503-1-2 :**

La peine est l'emprisonnement de trois à cinq ans et d'une amende de 5.000 à 50.000 dirhams, si le harcèlement sexuel est commis par un ascendant, un proche ayant avec la victime un empêchement à mariage, un tuteur, une personne ayant autorité sur la victime ou ayant sa charge ou un kafil ou si la victime est un mineur.

• **Article 503-2 :**

Quiconque provoque, incite ou facilite l'exploitation d'enfants de moins de dix-huit ans dans la pornographie par toute représentation, par quelque moyen que ce soit, d'un acte sexuel

réel, simulé ou perçu ou toute représentation des organes sexuels d'un enfant à des fins de nature sexuelle, est puni de l'emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de dix mille à un million de dirhams.

La même peine est applicable à quiconque produit, diffuse, publie, importe, exporte, expose, vend ou détient des matières pornographiques similaires.

Ces actes sont punis même si leurs éléments sont commis en dehors du Royaume.

La peine prévue au premier alinéa du présent article est portée au double lorsque l'auteur est l'un des ascendants de l'enfant, une personne chargée de sa protection ou ayant autorité sur lui. La même peine est applicable aux tentatives de ces actes.

Le jugement de condamnation ordonne la confiscation et la destruction des matières pornographiques.

Le tribunal peut ordonner la publication ou l'affichage du jugement. En outre, le jugement peut ordonner, le cas échéant, le retrait de la licence dont le condamné est bénéficiaire. Il peut, également, prononcer la fermeture temporaire ou définitive des locaux.

- Le Code pénal prévoit également des protections particulières pour les filles mineures, notamment contre :
- Le mariage forcé ou précoce (article 20 du Code de la famille)
- L'exploitation domestique à des fins sexuelles
- L'abus par des proches ou figures d'autorité

### ➤ **Mécanismes de signalement et protection**

La Loi 103.13 sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes prévoit des cellules d'écoute dans les tribunaux, hôpitaux et services de police.

Les juges pour mineurs peuvent ordonner la protection, l'éloignement de l'agresseur, ou le placement du mineur en structure spécialisée.

Le Code de procédure pénale permet l'audition du mineur avec l'assistance d'un psychologue.

➤ **Engagements internationaux du Maroc**

Le Maroc a ratifié :

La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) en 1993.

Le Protocole facultatif sur l'exploitation sexuelle (ratifié en 2001).

Et participe activement aux campagnes menées par l'UNICEF et d'autres ONG internationales.

## **VII. Discussion des résultats :**

Notre étude porte sur le sujet de l'agression sexuelle à l'égard des mineurs qui représente un motif régulier de consultation au sein du service de médecine légale du CHU Mohamed VI de Marrakech. Nous avons analysé 184 dossiers de mineurs victimes d'agression sexuelle afin de déterminer le profil sociodémographique de nos victimes, décrire les caractéristiques de ces violences dans notre contexte afin de réformer et de moderniser la prise en charge des victimes de violences.

### **1. Modalités de consultation :**

#### **1.1. Mode de révélation :**

Dans notre étude, la majorité des cas soit 145 cas (78.8%) la révélation a été faite par la victime, alors que dans 38 cas (soit 20.65%) par un proche et dans 1 cas (soit 0.54%) par l'agresseur. Ces résultats sont proches à ceux de Dupont et al., (83) où la révélation par la victime était dans 73% des cas, et dans 23% des cas révélée par un proche.

### 1.2. Type de consultation :

Lorsqu'une situation de violence est suspectée, la victime peut accéder au service de médecine légale par deux voies principales. La première consiste en une consultation spontanée, généralement sous l'accompagnement d'un représentant légal, d'un travailleur social ou à l'initiative d'un professionnel de santé ayant identifié des signes évocateurs d'agression, dans le but d'obtenir un examen médico-légal.

La seconde voie d'accès repose sur une réquisition judiciaire émanant des autorités compétentes, qui mandatent alors l'expertise médico-légale afin d'évaluer l'état de la victime dans un cadre légalement encadré.

L'ensemble des 184 cas, constituant la totalité des situations recensées dans le cadre de cette étude, ont été analysés consécutivement à une réquisition judiciaire émanant des autorités compétentes

Dans l'étude de Wiedemann et al (84) sur 168 cas : 85 % consultent sur réquisition judiciaire, 10 % viennent après signalement par les services sociaux, 5 % via consultation spontanée.

Dans l'étude de Hajji (85) et al étude de 50 cas : 100 % ont consulté à la suite d'un signalement officiel ou d'une procédure judiciaire, notamment via la police ou la gendarmerie.

Dans l'étude de C.T. Cissé (86) et al 28 % des cas ont consulté sur réquisition judiciaire, alors que 72% ont consulté d'une manière libre accompagnés par un parent.

**Tableau VII: comparaison des consultations sur réquisition judiciaire des enfants victimes d'agression sexuelle selon les études.**

Auteurs	Lieu d'étude	Période d'études	Pourcentage de cas
Wiedemann et al (84)	Unité médico-judiciaire hospitalière France	2011-2015	85%
Hajji et al (85)	Service de pédopsychiatrie Hôpital Arrazi salé Maroc	2020-2024	100%
C.T. Cissé et al (86)	L'hôpital Pikine de Thiaroye et le centre de santé Youssou-Mbargane-Diop de Rufisque Dakar Sénégal	2006-2009	28%
<b>Notre étude</b>	<b>Servie de médecine légale CHU Mohammed VI Marrakech</b>	<b>2023-2024</b>	<b>100%</b>

**1.3. Délai entre agression et consultation :**

Dans notre série, la majorité des victimes, soit 61,41 % (113 cas), ont consulté en médecine légale au-delà de 72 heures après l'agression présumée. Une proportion de 18,48 % (34 cas) s'est présentée entre 24 et 72 heures, tandis que 14,67 % (27 cas) ont été examinées dans les 24 heures suivant les faits. Par ailleurs, 5,43 % des victimes (10 cas) n'étaient pas en mesure de préciser la date exacte de l'événement.

D'après l'étude de C.T. Cissé (86) 72% des cas ont consulté au-delà de 72h et 28% des cas dans moins de 24h.

D'après l'étude de Hajji et al. (85) 41% des cas ont consulté au-delà de 24h et 59% des cas dans moins de 24h.

D'après l'étude de Leye et al. (87) 59% des cas ont consulté dans un délai au-delà de 72h alors que 41% des cas ont consulté dans moins de 24h.

D'après l'étude de Wiedemann et al. (84) 33% des cas ont consulté au-delà de 72h, 21% dans un délai entre 24-72h et 46% dans moins de 24h.

Les résultats observés dans notre étude peuvent être interprétés à la lumière du silence souvent adopté par les victimes à la suite de l'agression. Ce mutisme, fréquent chez les mineurs, s'explique par divers facteurs émotionnels et sociaux. Parmi les raisons les plus courantes figurent la crainte de ne pas être crus, un sentiment de honte ou de culpabilité, la peur de représailles de la part de l'agresseur, ou encore l'appréhension d'être blâmés par les parents ou rejetés par l'environnement social. En conséquence, les demandes de consultation interviennent souvent de manière tardive, généralement lorsque des symptômes cliniques apparaissent ou que l'entourage détecte des modifications inquiétantes dans le comportement de l'enfant ou de l'adolescent.

En l'absence de symptômes visibles ou de signes cliniques manifestes, certaines victimes peuvent garder le silence durant de longues périodes, ne révélant les faits de l'agression que plusieurs années après leur survenue.

### **1.4. Accompagnants :**

Dans notre étude, dans la majorité des cas soit 71 cas (soit 38,59 %), la victime a été accompagné par la mère, suivi du père dans 26 cas (soit 14,13 %). D'autres accompagnateurs moins fréquents ont été recensés : la grand-mère dans 4 cas (soit 2,17 %), la mère et oncle dans 1 cas (soit 0,54 %), le frère dans 1 cas (0,54 %) et la sœur dans 1 cas également (soit 0,54 %) et dans 80 cas (soit 43,48 %) il n'y avait aucun accompagnant.

Ces résultats sont proches à ceux de l'étude de Ghorbel et al. (88) dont la mère était l'accompagnante principale dans 42,3 % des cas, suivie du père (15,3 %) et d'un autre membre de la famille (grande sœur, grand-mère ou tante) dans environ 10 % des cas. Dans près d'un tiers des situations (32,4 %), l'enfant s'est présenté seul ou a été amené par la police après signalement.

Même à ceux de El Dessouky et al. (89) la mère accompagnait la victime dans 48,3 % des cas, tandis que le père était présent dans 12,5 %. Les autres membres de la famille (grand-mère, tante, frère) représentaient 6,7 %.

### **1.5. Signes d'appel :**

Dans notre étude, dans la majorité des cas, il n'y avait aucun signe d'appel, par ailleurs il y' avait 10 cas révélés par la grossesse (soit 5.43%), 6 cas par un saignement (soit 3.26%), 4 cas par un changement de comportement (soit 2.17%), 2 cas par une vulvite (soit 1.09%), 2 cas par une tentative de suicide (soit 1.09%), 1 cas par une incontinence anale (soit 0.54%) ,1 cas par un érythème anal (soit 0.54%), 1 cas par une diarrhée (soit 0.54%).

Ces chiffres sont proches de ceux de l'étude de Hauet-Wiedemann (84), avec 4.7% des cas révélés par une grossesse, 7.9% des cas par un saignement, 6% des cas par (vulvite, érythème anal), 2.5% des cas révélés par un trouble de comportement et 1.4% des cas par une tentative de suicide.

## **2. Données sur la victime :**

### **2.1. Répartition selon le sexe :**

Dans notre série, la majorité des victimes étaient de sexe féminin, représentant 73,37 % des cas (soit 135 enfants), contre 26,63 % de sexe masculin (soit 49 cas), ce qui met en évidence une prédominance notable des filles dans les situations d'agression sexuelle.

Ceci concorde avec d'autres études qui rapportent la même prédominance féminine : Wiedemann et al. (84), C.T. Cissé (86), Leye et al. (87), Diallo et al. (90), Bardaa et al. (91), Hamouda et al. (92), Hajji et al. (85)

**Tableau VIII: Comparaison du sexe des victimes selon les études**

<b>Auteurs</b>	<b>Lieu d'étude</b>	<b>Période d'études</b>	<b>Pourcentage d'atteinte féminine</b>	<b>Pourcentage d'atteinte masculine</b>
Wiedemann et al (84)	Unité médico-judiciaire hospitalière France	2011-2015	70%	30%
C.T. Cissé (86)	CHU Dakar Sénégal	2006-2009	83%	17%
Leye et al. (87)	Sénégal	2006-2015	87.1%	12.9%
Diallo et al. (90)	Conakry, Guinée	2019	82%	18%
Bardaa et al. (91)	Service de médecine légale Sfax Tunisie	2019	76%	24%
Hamouda et al. (92)	Service de pédopsychiatrie Hôpital Mongi - Slim Tunisie	2013-2019	62%	38%
Hajji et al. (85)	Service de pédopsychiatrie Hôpital Arrazi salé Maroc	2020-2024	66%	34%
<b>Notre étude</b>	<b>Servie de médecine légale CHU Mohammed VI Marrakech</b>	<b>2023-2024</b>	<b>73.37%</b>	<b>26.63%</b>

**2.2. Répartition selon l'âge :**

L'âge moyen des victimes dans notre série était de 13,22 ans, avec un écart type de 3,85 ans. Les âges variaient entre 5 mois et 18 ans, indiquant une large dispersion au sein de la population étudiée.

Néanmoins elle est supérieure à celle retrouvée dans l'étude de Leguay (93), Wiedemann et al. (84), Hajji et al. (94) où les moyennes d'âges étaient respectivement 10.4 ans ; 9.3 ans ; 12.4 ans.

Alors qu'elle était moins que la moyenne dans l'étude de Koné (95) 17.5 ans.

**Tableau IX: comparaison selon la moyenne d'âge.**

<b>Auteurs</b>	<b>Moyenne d'âge</b>
Hajji et al. (94)	12.4
Wiedemann et al. (84)	9.3
Leguay (93)	10.4
Koné (95)	17.5
<b>Notre étude</b>	<b>13.22</b>

Dans notre échantillon, la plus petite victime était âgée de 5 mois, cet âge est inférieur à celui de l'étude de El Khatib, K., et al. (96) où la plus petite victime est âgée de 4 mois. Dans l'étude de Jewkes et Abrahams (97) l'âge était de 9 mois, l'étude de Kellogg, Nancy D. (98) l'âge était de 2 mois et dans l'étude de Mathews, Shanaaz et al. (99) le plus petit âge était de 1 an.

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée parmi les victimes se situe entre 10 et 15 ans, avec 39,67 % des cas, suivie de près par les adolescents âgés de 15 à 18 ans, qui représentent 34,23 %. Ces résultats rejoignent ceux de Trocmé et al. (100), où la tranche de 10 à 15 ans constitue également la plus importante, avec environ 40 % des cas. En revanche, l'étude de Jaspard et al. (101) révèle une prédominance de la tranche 15 à 17 ans, représentant 48 % des victimes. De même, Claudia Cappa, Jennifer Petrowski et al. (102) rapportent un taux encore plus élevé de 58 % pour la tranche des 15 à 18 ans, confirmant la vulnérabilité accrue de cette population.

## Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas

---

Par ailleurs, dans notre étude, la tranche d'âge la moins touchée est celle des 0 à 5 ans, ne représentant que 5,43 % des cas. Ce résultat reste cohérent avec celui observé par Trocmé et al. (100), qui indiquent un taux légèrement supérieur de 8 % pour cette même tranche.

Notre analyse met en évidence une prédominance féminine marquée dans les tranches d'âge 10-15 ans et 15-18 ans, un constat également souligné par Trocmé et al. (100), qui relèvent une surreprésentation des filles parmi les victimes dans ces mêmes intervalles.

**Tableau X: Comparaison selon l'âge des victimes.**

Ages	Trocmé et al. (100)	Notre étude
0 à 5 ans	8%	5.43%
5 à 10 ans	22%	20.65%
10 à 15 ans	40%	39.67%
15 à 18 ans	30%	34.23%

### **2.3. Niveau de scolarité :**

Dans notre étude, plus que la moitié des victimes (soit 63.05%) étaient scolarisés ce qui concorde avec l'étude de Trocmé et al. (100) où 83% des victimes étaient scolarisés et l'étude de Wolak et al. (103) où 95% étaient scolarisés.

**Tableau XI: Comparaison du niveau de scolarité selon les études.**

Niveau de scolarité	Wolak et al. (103)	Notre étude
Pré scolaire	<5%	5.43%
Primaire	-	24.46%
Collège	51%	26.09%
Lycée	43%	7.07%
Non scolarisé	-	36.96%

Dans notre étude 36.96% des victimes étaient non scolarisés, ceci dépasse le pourcentage dans l'étude de Trocmé et al. (100) qui était de 17%.

### **2.4. Habitudes toxiques :**

Dans notre étude on a trouvé 4 cas (soit 2.17%) des victimes ayant des habitudes toxiques à type de tabac, drogues, alcool. Ceci est beaucoup plus moins que les pourcentages dans d'autres études tel que l'étude de Irgui et al. (104) avec un taux de 24.1%, Dollinger, M. (105) avec 20%, Hayez, J.-Y (106) 8%, F. Guyod & C. Guyod (107) 14% et Guillet-May & Thiebaugeorges (108) 12%.

### **2.5. Antécédents médico-chirurgicaux :**

Dans notre étude, aucune victime n'avait des antécédents médico-chirurgicaux. Dans l'étude de Kendall-Tackett et al. (109) 7% des enfants victimes avaient un antécédent de maladie chronique.

### **2.6. Développement psychomoteur :**

Le développement global de l'enfant repose sur un environnement stable, sécurisant et bienveillant. Toutefois, certains contextes ou conditions peuvent fragiliser cette dynamique et rendre l'enfant plus vulnérable face à diverses formes de violence. Parmi les principaux facteurs de vulnérabilité figurent la pauvreté, l'instabilité familiale, la violence conjugale, les troubles de santé mentale chez les parents, la consommation de substances psychoactives dans le foyer, ainsi que l'isolement social.

D'autres éléments comme le handicap, les antécédents de traumatismes, ou encore le manque de supervision parentale renforcent également le risque d'exposition à la maltraitance, à la négligence ou à l'abus sexuel. Ces facteurs, souvent interconnectés, affaiblissent les mécanismes de protection de l'enfant et créent un climat propice aux atteintes physiques, psychologiques ou sexuelles. Reconnaître et comprendre ces vulnérabilités constitue une étape essentielle pour mettre en place des stratégies de prévention efficaces et adaptées.

## **Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas**

---

Dans notre étude, il y avait 2 cas (soit 1.08%) qui ont un terrain de vulnérabilité (handicap mental, trisomie 21). Dans l'étude de L. Côté et L. Lavoie (110) 21% des victimes avaient un terrain de vulnérabilité (handicap mental 6%, antécédents de négligence 8%, antécédents psychiatriques 7%).

### **2.7. Antécédents d'agressions :**

Dans notre étude, 32 cas (soit 17.39%) ont des antécédents d'agressions sexuelles, ce résultat est proche de plusieurs études tel que l'étude de Côté, L. & Lavoie (110) avec 19% des cas, l'étude de Tourigny, M. et al. (111) avec 16.7%, l'étude de Dollinger, M. (105) avec 17% des cas.

Cette récurrence des violences subies suggère un phénomène bien connu dans la littérature : la revictimisation sexuelle. Les enfants ayant déjà été agressés peuvent présenter une vulnérabilité accrue sur les plans psychologique, émotionnel et social, les rendant plus exposés à de nouvelles situations d'abus. Cette vulnérabilité peut se manifester par un manque de confiance en soi, des difficultés à établir des limites personnelles, ou encore une insertion dans des environnements relationnels à risque. De plus, l'absence de dévoilement ou de prise en charge lors de la première agression peut laisser l'enfant sans protection adéquate, exposé à des auteurs récidivistes ou à d'autres formes d'exploitation.

Ces constats renforcent l'idée que les antécédents d'agression doivent être systématiquement explorés lors de la prise en charge clinique ou judiciaire d'un enfant victime, afin de mieux cerner les risques, prévenir les récurrences, et proposer un accompagnement thérapeutique adapté. Ils soulignent aussi la nécessité d'un dépistage précoce, d'un environnement protecteur, et d'une réponse institutionnelle rapide dès le premier signalement.

## **3. Données sur La famille :**

### **3.1. Architecture familiale :**

Dans notre étude, la majorité des enfants victimes provenaient de familles unies, représentant 69,02 % des cas (soit 127 enfants). Environ 23,37 % des cas (43 enfants) concernaient des parents divorcés. Par ailleurs, d'autres configurations familiales ont été relevées : 3,26 % des

## **Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas**

---

enfants (6 cas) vivaient avec une mère célibataire, 2,17 % (4 cas) avaient perdu leur père, 1,09 % (2 cas) avaient perdu leur mère, et dans 1,09 % des situations, le père avait abandonné le foyer.

Dans l'étude menée par L. Côté et F. Lavoie (110), environ la moitié des enfants victimes d'agressions sexuelles provenaient de familles unies.

Quant à l'étude de Montreuil et al. (112), elle révèle que près de la moitié des victimes étaient issues de familles divorcées, tandis que 36 % vivaient dans un foyer biparental stable.

Dans l'étude de Tourigny, M., et al. (111), 42% des familles sont unies et 33% des parents sont divorcés.

**Tableau XII: Comparaison de l'architecture familiale.**

<b>Architecture familiale</b>	<b>Côté, L. &amp; Lavoie (110)</b>	<b>Notre étude</b>
Famille unie	58%	69.02%
Parents divorcés	29%	23.37%
Père décédé	4%	2.17%
Mère célibataire	9%	3.26%
Mère décédée	-	1.09%
Père a abandonné la famille	-	1.09%

Cela permet de conclure que l'instabilité du cadre familial, notamment liée au divorce parental ou à la monoparentalité, constitue un facteur de vulnérabilité accru exposant les enfants à un risque plus élevé d'agressions sexuelles.

### **3.2. Situation professionnelle des parents :**

Dans notre étude, il a été observé que le père exerçait une activité professionnelle dans 82,14 % des cas (soit 138 situations), tandis qu'il était sans emploi dans 17,85 % des cas (30 situations). En ce qui concerne la mère, une activité professionnelle était rapportée dans 30,22 % des cas (55 mères), contre 69,78 % (127 mères) qui étaient au chômage ou sans activité déclarée.

## **Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas**

---

Au total dans 27 cas (soit 16,26 %) les deux parents avaient une activité professionnelle, alors que dans 10 cas (soit 6,02 %) les deux étaient au chômage.

Dans l'étude de Hervouet, L. (113) le père avait une activité professionnelle dans 68% des cas et sans profession dans 32% des cas. Tandis que la mère travaillait dans 35% des cas.

On trouve aussi dans l'étude de Charruault, A. (114) que le père était au chômage dans 27% des cas et la mère dans 65% des cas.

Dans l'étude de Tourigny, M., & al (111), le père avait une activité professionnelle dans 65% des cas et la mère dans 40% des cas.

Par ailleurs, dans l'étude de Montreuil, M., et al. (112) le père travaillait dans 70% des cas et la mère dans 35% des cas.

Cette situation met en lumière une réalité socio-économique dans laquelle la précarité, en particulier maternelle, peut constituer un facteur de vulnérabilité supplémentaire pour les enfants. Ces constats rejoignent ceux d'autres recherches ayant démontré que le chômage parental, notamment celui de la mère, est fréquemment associé à un contexte familial instable, propice à la négligence, au manque de supervision et, dans certains cas, à l'exposition accrue aux violences sexuelles.

La dépendance économique et le repli social qui peuvent en découler limitent souvent les capacités de réaction ou de protection du parent. Ainsi, ces données soulignent l'importance de prendre en compte la situation socio-professionnelle des parents dans les stratégies de prévention et de détection précoce des violences faites aux enfants.

### **3.3. Habitudes toxiques des parents :**

Dans notre étude, 23,83 % des pères présentaient des habitudes toxiques, tandis que 76,16 % n'en avaient pas. En ce qui concerne les mères, seules 0,54 % d'entre elles affichaient de telles habitudes, contre 99,45 % ne présentant aucun comportement toxique identifié.

## **Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas**

---

Dans l'étude de Hervouet, L. (113), dans 27% des cas il 'y avait au moins un parent avec une habitude toxique.

Dans l'étude de Bellehumeur, É. (115), le père avait une habitude toxique dans 22% des cas, tandis que la mère avait une habitude toxique dans 31.2% des cas.

Les habitudes toxiques des parents, en particulier celles des pères, constituent un facteur aggravant majeur dans la vulnérabilité des enfants aux agressions sexuelles, surtout en milieu intrafamilial.

Les conséquences sont multiples :

- Altération de la vigilance parentale : négligence, désintérêt, ou incapacité à percevoir ou empêcher les agressions.
- Installation d'un climat d'insécurité, dans lequel les enfants sont moins protégés, plus exposés à des adultes déviants ou prédateurs.
- Normalisation de la violence, affectant la perception que l'enfant a de son corps, de ses limites et de sa sécurité.

### **3.4. Nombre d'enfants dans la fratrie :**

La configuration familiale, en particulier lorsqu'elle comporte un grand nombre d'enfants, peut constituer un facteur indirect augmentant le risque d'agressions sexuelles. Dans les familles nombreuses, l'attention individuelle accordée à chaque enfant tend à diminuer, ce qui réduit la capacité de surveillance parentale et complique la détection de comportements à risque. La charge parentale, qu'elle soit matérielle, émotionnelle ou organisationnelle, peut mener à un état d'épuisement ou de retrait, exposant davantage les enfants aux actes malveillants de proches ou de tiers.

Par ailleurs, lorsque l'environnement familial est marqué par la promiscuité ou un manque d'intimité, les frontières personnelles de l'enfant peuvent s'en trouver affaiblies, facilitant ainsi les

intrusions. Dans un tel contexte, l'agression sexuelle risque de passer inaperçue, surtout lorsqu'elle survient dans un cadre familial dysfonctionnel ou faiblement encadré.

Dans notre étude, la majorité des victimes provenaient de familles comptant deux enfants (26,63 %), suivies de celles issues de fratries de quatre enfants (23,37 %) et de trois enfants (22,83 %).

Dans l'étude de Finkelhor (32), la majorité des victimes provenaient de familles avec 2-4 enfants.

### **3.5. Rang dans la fratrie :**

D'après les résultats obtenus dans notre étude, les benjamins et les aînés apparaissent comme les plus concernés par les agressions sexuelles, avec des proportions respectives de 33,7 % et 32,07 %. Des données similaires ont été rapportées par Marleau, J. (116), où les benjamins représentaient 34 % des victimes et les aînés 30 %, des taux légèrement supérieurs à ceux observés dans notre échantillon.

Ces données semblent appuyer l'idée que l'ordre de naissance pourrait jouer un rôle dans le risque d'être victime d'agression sexuelle. Les cadets, souvent considérés comme plus vulnérables ou dépendants, peuvent être davantage exposés aux abus, surtout dans un environnement familial permissif ou négligent. Quant aux aînés, lorsqu'ils assument très tôt des responsabilités parentales ou évoluent dans un cadre familial instable, ils peuvent eux aussi devenir des cibles, notamment en raison d'un certain isolement affectif.

## **4. Données sur l'agresseur :**

### **4.1. Sexe :**

Nos résultats indiquent que l'agresseur est majoritairement de sexe masculin, ce qui a été observé dans 183 cas, représentant 99,45 % de l'ensemble des situations recensées dans notre étude.

## Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas

---

Ceci concorde avec les études de Côté, L. & Lavoie, F. (110) ; Tourigny, M. et al. (111) ; Dollinger, M. (105) ; Bellehumeur, É. (115) ; Montreuil, M. et al. (112) où les pourcentages étaient respectivement 97% ; 94.5% ; 98% ; 96.4% ; 95%.

**Tableau XIII: Comparaison du sexe de l'agresseur selon les études.**

Auteurs	Pourcentages du sexe masculin
Côté, L. & Lavoie, F. (110)	97%
Tourigny, M. et al. (111)	94.5%
Dollinger, M. (105)	98%
Bellehumeur, É. (115)	96.4%
Montreuil, M. et al. (112)	95%
<b>Notre étude</b>	<b>99.45%</b>

### 4.2. Nombre d'agresseurs :

Dans notre étude, nous avons observé que la majorité des cas d'agressions sexuelles impliquaient un seul agresseur, ce qui représentait 88,59 % des situations recensées. Ceci concorde avec les études de Côté, L. & Lavoie, F. (110) ; Tourigny, M. et al. (111) ; Dollinger, M. (105) ; Bellehumeur, É. (115).

**Tableau XIV: comparaison du pourcentage d'un seul agresseur selon les études.**

Auteurs	Pourcentage
Côté, L. & Lavoie, F. (110)	85%
Tourigny, M. et al. (111)	90.2%
Dollinger, M. (105)	88%
Bellehumeur, É. (115)	87.5%
<b>Notre étude</b>	<b>88.59%</b>

## Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas

---

### 4.3. Lien avec l'agresseur :

Selon notre étude, dans 86.96% des cas, les agresseurs sont des personnes connues de la victime.

Ces données sont compatibles à ceux de Côté, L. & Lavoie, F. (110) ;Tourigny, M. et al. (111) ; Dollinger, M. (105) ; Bellehumeur, É. (115) ; Montreuil, M. et al. (112) ou l'agresseur était connu respectivement dans 87% ; 85% ; 89% ; 91.6% ; 88% des cas.

**Tableau XV: Comparaison du lien de la victime avec l'agresseur selon les études.**

Auteurs	Agresseur connu	Agresseur inconnu	Total
Côté, L. & Lavoie, F. (110)	87%	13%	100%
Tourigny, M. et al. (111)	85%	15%	100%
Dollinger, M. (105)	89%	11%	100%
Bellehumeur, É. (115)	91.6%	10.4%	100%
Montreuil, M. et al. (112)	88%	12%	100%
<b>Notre étude</b>	<b>86.96%</b>	<b>13.04%</b>	<b>100%</b>

**Tableau XVI: Comparaison du lien de la victime avec l'agresseur en cas d'agresseur connu.**

Auteurs	Intrafamilial	Voisin	Ami
Averdijk et al.(117)	31%	19%	27%
CIIVISE (118)	50%	15%	15%
Giguère & Payant (119)	60%	-	-
Barriault, M. (120)	35%	20%	-
Bichot, J. (121)	48%	-	-
<b>Notre étude</b>	<b>12.5%</b>	<b>25%</b>	<b>35.87%</b>

L'examen de ces données révèle clairement que la plupart des agressions sexuelles envers des mineurs sont commises par des individus connus de la victime, qu'il s'agisse de membres de la famille, de voisins ou de proches du cercle social. Cette proximité favorise un climat de confiance, de dépendance ou d'autorité, que l'agresseur utilise pour établir un lien avec l'enfant et commettre l'abus dans un contexte de silence ou de crainte. La forte implication de membres de la famille met en lumière la difficulté pour les victimes de se confier, surtout lorsque l'agresseur fait partie intégrante de leur quotidien ou de leur foyer.

#### **4.4. Etat de l'agresseur lors de l'agression :**

Dans notre étude, 3,8 % des cas concernaient un agresseur sous l'influence d'une substance psychoactive au moment des faits. Ce taux demeure inférieur à celui rapporté par Thibaut (122), qui estime à environ 10 % la proportion d'agressions sexuelles sur mineurs commises dans un contexte de consommation de drogues ou d'alcool.

### **5. Circonstances de l'agression :**

#### **5.1. Heure de l'agression :**

Dans notre étude, les agressions ont été majoritairement recensées en soirée (27,71 %) et dans l'après-midi (25 %), faisant de ces deux périodes les plages horaires les plus fréquentes. Ces résultats sont proches de ceux rapportés par Chariot et al. (123), qui relèvent que 31 % des agressions ont lieu en soirée.

Au contraire, l'étude menée par Mouneinga, D., & al. (124) rapporte une proportion plus marquée, avec 92.06 % des cas d'agression survenus pendant la journée.

#### **5.2. Lieu de l'agression :**

Dans notre étude, les agressions ont eu lieu dans des contextes variés : dans un endroit isolé dans 32,6 % des cas (soit 60 cas), au domicile de l'agresseur dans 25,54 % (soit 47 cas), dans la rue et dans un appartement à parts égales avec 13,58 % chacun (soit 25 cas), au domicile de la victime dans 10,86 % des cas (soit 20 cas), et enfin à l'école dans 3,26 % des cas (soit 6 cas).

Il convient de souligner que, dans notre étude, la majorité des agressions se sont produites dans des endroits isolés ainsi qu'au domicile de l'agresseur. Ces résultats concordent avec ceux rapportés par Bassowa et al. (125) (38 % et 27 %), ainsi que par Bagayoko et al. (126) (35 % et 21 %).

**Tableau XVII: Comparaison des lieux d'agression les plus fréquents selon les études.**

Auteurs	Lieu : endroit isolé	Lieu : domicile de l'agresseur
Bassowa et al. (125)	38%	27%
Bagayoko et al. (126)	35%	21%
<b>Notre étude</b>	<b>32.6%</b>	<b>25.54%</b>

### **5.3. Répétition des agressions sexuelles :**

Dans notre étude, la majorité des agressions sexuelles étaient isolées, représentant 61,41 % des cas, tandis que 38,58 % des victimes ont rapporté des faits répétés. Ces résultats sont en accord avec ceux rapportés par Bagayoko et al. (126) (61 % d'agressions isolées et 39 % répétées), Chariot et al. (123) (64 % isolées, 36 % répétées) ainsi que Hauet-Wiedemann et al. (84) (63 % isolées, 37 % répétées).

### **5.4. Contraintes associées à l'agression :**

Les violences sexuelles envers les jeunes enfants se manifestent le plus souvent par des attouchements, généralement effectués sans recours visible à la force ou à la menace. En revanche, les adolescents, et plus particulièrement les adolescentes, sont plus susceptibles d'être confrontés à des formes plus graves comme le viol, souvent accompagné de pressions verbales, d'agressions physiques ou de manipulations affectives. Dans certains cas, les adolescentes peuvent subir des agressions sous prétexte de promesses de mariage ou d'avantages matériels, constituant ainsi une forme de contrainte psychologique.

Dans notre échantillon, l'agression sexuelle s'est déroulée sans contrainte apparente dans 64,67 % des cas (soit 119). Parmi les formes de contrainte identifiées, on note 24 cas de séquestration (soit 13,4 %), 12 cas (soit 6,52 %) liés à une promesse de mariage, 9 cas de coups et blessures (soit 4,89 %), 9 cas de chantage (soit 4,89 %), 6 cas de soumission chimique (soit 3,26%) et 5 cas (soit 2,71 %) dans lesquels l'agresseur a usé de promesses financières.

On remarque dans notre étude que la séquestration est le moyen le plus utilisé ceci concorde avec d'autres études tel que les études de Bagayoko et al (126), Bassowa et al. (125), Cissé et al. (86).

**Tableau XVIII : Comparaison de la contrainte la plus souvent associée aux agressions sexuelles dans notre étude par rapport aux autres études**

<b>Auteurs</b>	<b>Séquestration</b>
Bagayoko et al (126)	12%
Bassowa et al. (125)	14%
Cissé et al. (86)	9%
<b>Notre étude</b>	13.04%

Selon notre étude la violence physique (coups et blessures) a été rapporté dans 4.89% des cas, ce chiffre est inférieur à l'étude de Bagayoko et al (126) qui a rapporté 9% des cas, l'étude de Bassowa et al. (125) avec 11%, l'étude de Cissé et al. (86) avec 13%.

Dans notre échantillon, les cas d'agression sexuelle associés à une promesse de mariage représentaient 6,52 %, soit une proportion légèrement supérieure à celles rapportées par Bagayoko et al. (126) (soit 5 %), Cissé et al. (86) (soit 4 %).

**5.5. Types d'agression sexuelle :**

Dans notre étude, les attouchements sexuels seuls ont été rapportés dans 29,34 % des cas, tandis que les situations impliquant une pénétration représentaient 66,83 % des cas.

Chez les garçons, 9,23 % des cas relevaient d'attouchements seuls, 14,13 % concernaient une pénétration anale, et 1,08 % une pénétration oro-anale.

En ce qui concerne les filles, les attouchements seuls représentaient 20,12 % des cas. La pénétration vaginale isolée était observée dans 27,71 % des cas, la combinaison d'une pénétration anale avec des attouchements dans 1,63 %, la pénétration ano-vaginale dans 7,6 %, la pénétration oro-vaginale dans 2,71 %, et enfin, les cas impliquant simultanément une pénétration oro-anale et vaginale dans 1,08 % des cas.

Nos résultats s'inscrivent dans la même tendance que celles rapportées par plusieurs autres études.: Averdijk et al. (117), Hauet-Wiedemann (86), Khemakhem et al. (127), C.T. Cissé. (86).

**Tableau XIX: Comparaison du type d'agression sexuelle selon les études.**

<b>Auteurs</b>	<b>Attouchements</b>	<b>Pénétrations</b>
Averdijk et al. (117)	30%	7.9
Hauet-Wiedemann (84)	-	52%
Khemakhem et al. (127)	25%	-
C.T.Cissé. (86)	-	80.9%
<b>Notre étude</b>	29.34%	66.83%

**5.6. Sites d'éjaculation :**

Dans notre étude, l'éjaculation a été rapportée dans 64 cas d'agression sexuelle, soit 34,78 % des situations. Cette proportion s'avère plus élevée que celles observées dans d'autres recherches, notamment celles de Hauet-Wiedemann et al. (84) (22,7 %), de Léguay L. (93) (20 %), et de Collin-Vézina et al. (128) (13 %).

**5.7. Nombre d'éjaculations:**

Dans notre étude, la majorité des cas, soit 120 situations (65,61 %), ne présentaient aucune éjaculation. À l'inverse, 64 cas rapportaient la présence d'une ou plusieurs éjaculations : 30 cas (16,3 %) concernaient des éjaculations multiples, 27 cas (14,67 %) une seule éjaculation et 7 cas (3,8 %) deux éjaculations.

Ces résultats sont proches de ceux rapportés par Bamber et McGregor (129), qui retrouvent une absence d'éjaculation dans 63 % des cas, une éjaculation unique dans 27 % des cas et des éjaculations multiples dans 10 % des cas.

### **5.8. Autres types d'agressions :**

Dans notre étude, dans la grande majorité des cas, soit 161 cas (87,5 %), seule l'agression sexuelle a été rapportée. En revanche, une association entre agression sexuelle et agression physique a été relevée dans 23 cas (soit 12,5 %). Ce pourcentage est un peu plus élevé par rapport à l'étude de Irgui et al. (104) où l'agression physique était présente dans 11% des cas d'agressions sexuelles.

Dans l'étude de Wiedemann et al (84), l'agression physique a été associée à l'agression sexuelle dans 18% des cas.

## **6. Evaluations médico-légales :**

### **6.1. Constatations de l'examen somatique :**

Dans notre étude, des agressions physiques ont été rapportées dans 23 cas, soit 12,5 %, tandis que des lésions somatiques n'ont été objectivées que dans 17 cas. L'ecchymose représentait la lésion la plus fréquente, observée dans 3,8 % des cas, un taux nettement inférieur à celui rapporté par Léguay L. (93), qui recensait 29,4 % d'ecchymoses. De même, les plaies et les morsures n'ont été retrouvées que dans un seul cas chacune (0,54 %), contre respectivement 8,9 % et 2,7 % dans l'étude de Léguay.(93)

### **6.2. Constatations de l'examen sexuel :**

L'absence de signes cliniques lors d'un examen gynécologique ne permet pas d'exclure une agression sexuelle. Il est fréquent que les victimes ne présentent aucune lésion apparente, ou que celles-ci ne soient plus visibles au moment de l'examen. Ainsi, la parole de la victime doit être considérée sérieusement, indépendamment des constatations physiques, et une orientation vers une équipe spécialisée demeure indispensable pour une évaluation globale et une prise en charge adaptée.

Dans notre étude, les lésions sexuelles ont été observées dans 57,77% des cas et présentaient une grande diversité morphologique. La lésion la plus fréquemment retrouvée était l'hymen annulaire présentant une incision traumatique complète ancienne localisée à 9h et à 5h, observée

## **Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas**

---

dans 17,94 % des cas (14 cas). Suivaient les hymens annulaires comportant deux incisions d'allure récente à 5h et à 8h, retrouvés dans 11,53 % des cas (9 cas), ainsi que ceux présentant trois incisions à 5h, 6h et 9h, observés dans 10,25 % des cas (8 cas). Des incisions uniques à 9h, à 7h ou à 6h ont été rapportées respectivement dans 8,97 %, 8,97 % et 7,69 % des cas. De même, des hymens avec deux incisions anciennes situées à 5h et 7h ont été notés dans 8,97 % des cas. L'effacement de la partie postérieure de l'hymen a été observé dans 5,12 % des cas (4 cas), tout comme les abrasions récentes à 9h et les incisions traumatiques récentes à 6h associées à une ecchymose vulvaire, chacune représentant 5,12 % des cas. L'érythème vulvaire a été constaté dans 7,69 % des

cas (6 cas), tandis que l'hymen dilatable n'a été relevé que dans 2,56 % des cas (2 cas). En effet ces résultats rejoignent globalement les résultats rapportés dans l'étude de El Dessouky et al. (89) ont rapporté la présence de lésions hyménales dans 70,8 % des cas, avec une prédominance des incisions à 6h et des ecchymoses vulvaires associées, notamment l'étude de Ghorbel et al. (88) ont observé des lésions hyménales chez 61,5 % des victimes, dont la majorité étaient des incisions postérieures anciennes.

Par ailleurs, l'examen gynécologique s'est révélé normal chez 63 filles (46,66 %), soit un taux légèrement supérieur à celui observé dans l'étude de Hauet-Wiedemann M. (84), où 41 % des examens étaient normaux.

En ce qui concerne les garçons, des lésions anales ont été identifiées dans 6 cas, représentant 12,24 % des garçons de notre série, un pourcentage supérieur à celui rapporté par Manoel E. S. Modelli (130), qui était de 9.6 % à type de fissures anales, lacérations et dilatation anale.

## 7. Bilan et traitement :

### 7.1. Bilan :

Le bilan médico-légal constitue une étape essentielle dans la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles, tant sur le plan médical que judiciaire. Il permet de documenter de manière précise les atteintes physiques et psychologiques, tout en recueillant des preuves indispensables à l'enquête, telles que les traces biologiques ou les lésions visibles. Réalisé dans un cadre respectueux et confidentiel, ce bilan facilite non seulement la mise en place des soins adaptés, mais renforce également la valeur juridique du témoignage. Ainsi, il joue un rôle clé pour assurer la reconnaissance des faits, combattre l'impunité des agresseurs et offrir à la victime un premier pas vers la reconstruction.

Dans notre étude, 64 victimes, (soit 34,78 %), ont bénéficié d'un bilan complémentaire. Parmi elles, 49 victimes (soit 26,63 %) ont uniquement subi un bilan infectieux (incluant les sérologies TPHA-VDRL, VIH, hépatite B et C). Deux cas (soit 1,08 %) ont bénéficié à la fois d'un bilan infectieux et d'une échographie pelvienne, tandis que huit cas (soit 4,34 %) ont associé ce bilan à un dosage de  $\beta$ -HCG. Par ailleurs, quatre victimes (soit 2,17 %) ont réalisé les trois examens : bilan infectieux, échographie pelvienne et dosage  $\beta$ -HCG et un seul cas a bénéficié exclusivement d'une échographie pelvienne. Par ailleurs, dans le cadre de l'enquête judiciaire 2 cas (soit 1,08 %) ont fait l'objet de prélèvements au niveau anal et salivaire,

En comparaison, l'étude de C.T. Cissé (86) révèle une prescription de bilans significativement plus élevée. Des prélèvements cytologiques ont été réalisés dans 55 % des cas, la sérologie VIH a été demandée dans 72 %, et la recherche de la syphilis dans 65 % des situations.

De même, les résultats rapportés par Monasterio & Schapiro (131) indiquent une prise en charge plus exhaustive : un bilan infectieux a été prescrit dans 40 % des cas, un dosage de  $\beta$ -HCG dans 30 %, une échographie pelvienne dans 25 %, et des prélèvements corporels dans 20 % des cas.

Dans notre étude, la faible proportion de bilans réalisés pourrait s'expliquer par le retard fréquent avec lequel les victimes se présentent en consultation, limitant ainsi l'indication ou la pertinence de certains examens médico-légaux.

### **7.2. Traitement :**

Dans notre étude, la prescription de la contraception d'urgence n'a été réalisée que dans 2 cas, soit 1,08 % des victimes, ce qui reste très inférieur aux données des autres études. Par exemple l'étude de Martrille et al. (132) ont observé une administration dans 19 % des situations, principalement dans les 48 premières heures suivant l'agression. Tandis que l'étude menée à Lomé par Adama-Hondégla et al. (133) indique un taux plus faible de 6,2 %, en lien avec une moyenne de 13 jours de délai avant consultation.

Ces écarts significatifs s'expliquent par plusieurs facteurs, notamment la consultation tardive des victimes dans notre contexte, réduisant ainsi la fenêtre d'efficacité de la contraception d'urgence.

## **8. Orientation des victimes :**

À la suite d'une consultation médico-légale, l'orientation des mineurs victimes d'agressions sexuelles constitue une étape clé pour assurer la continuité de leur prise en charge médicale, psychologique, sociale et juridique. Il est essentiel de les diriger vers des structures spécialisées telles que les unités de victimologie, les services de pédopsychiatrie ou les centres d'aide aux victimes, afin de mettre en place un accompagnement personnalisé. Cette orientation favorise un suivi durable, contribue à prévenir les séquelles psychologiques et facilite les démarches judiciaires, notamment lors d'un dépôt de plainte. Une coopération étroite entre professionnels de santé, travailleurs sociaux, psychologues et autorités judiciaires est indispensable pour garantir un parcours de soins cohérent, sécurisant et respectueux des droits de l'enfant.

Il est tout aussi crucial de signaler toute agression sexuelle sur un mineur aux autorités compétentes afin d'assurer sa protection, sa sécurité et le respect de ses droits. Les médecins, notamment les légistes, ont parfois l'obligation légale et morale de prévenir les services sociaux, les forces de l'ordre ou les autorités judiciaires. Ce signalement déclenche une prise en charge globale, prévient les risques de récidive et permet la mise en œuvre rapide de mesures de protection.

De plus, il peut entraîner l'ouverture d'une enquête judiciaire visant à clarifier les circonstances de l'agression, identifier les auteurs et, le cas échéant, engager des poursuites. Bien que cette démarche puisse être émotionnellement éprouvante pour les familles et les professionnels, elle demeure essentielle pour assurer le bien-être de l'enfant. Elle participe également à briser le silence entourant les violences sexuelles et à défendre le droit fondamental des mineurs à grandir dans un environnement sûr.

Dans le cadre de notre étude, 78.8% des victimes ont été orienté vers le service de pédopsychiatrie, 1.08% des victimes vers le service de gynécologie.

Dans l'étude de Hauet-Wiedemann (84) 84% des victimes ont été orienté vers un pédopsychiatre.

Dans l'étude de Leguay (93), 56% des cas ont été orienté vers un pédopsychiatre.

## **VIII. Les principes médico-légaux de la prise en charge d'un mineur victime d'agression sexuelle :**

La prise en charge médico-légale des mineurs victimes d'agressions sexuelles représente un enjeu crucial à la croisée du droit, de la médecine, de la psychologie et de la protection de l'enfance. Elle repose sur des principes spécifiques visant à préserver l'équilibre psychologique de l'enfant, tout en assurant une documentation médico-légale rigoureuse, essentielle pour engager des poursuites judiciaires. En raison de leur statut de mineur, une attention particulière doit être portée par les professionnels, tant dans la collecte des preuves que dans le respect du consentement, adapté à l'âge et à la maturité de l'enfant.

Contrairement aux adultes, les enfants ne possèdent pas toujours les capacités juridiques ou émotionnelles nécessaires pour décrire précisément les violences subies. Cela rend l'examen médical, l'évaluation psychologique et le processus de signalement particulièrement délicats. L'intervention doit se dérouler dans un cadre sécurisé, respectueux et non intrusif, tout en respectant les normes légales en matière de traçabilité et de neutralité. Le médecin légiste occupe un rôle fondamental : il établit le constat des lésions, collecte les éléments de preuve (qu'ils soient biologiques, physiques ou psychologiques), et initie si nécessaire le signalement aux autorités compétentes.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017), la prise en charge des mineurs doit suivre un protocole structuré impliquant une collaboration interdisciplinaire entre les services de santé, sociaux, éducatifs et judiciaires. Ce dispositif doit assurer à la fois la confidentialité médicale et le respect de l'obligation de signalement, dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Il est également indispensable que cette prise en charge intègre dès le départ une réponse thérapeutique, afin d'atténuer les effets du traumatisme, notamment par une orientation rapide vers des services spécialisés en pédopsychiatrie ou en soutien psychologique. (134)

## 1. Accueil et sécurisation de l'enfant victime : (134) (135) (136)

L'étape de l'accueil constitue le point de départ essentiel, voire décisif, dans le processus de prise en charge d'un mineur victime d'agression sexuelle. Elle doit être conduite avec professionnalisme, empathie et bienveillance, car elle influence la qualité de la relation thérapeutique et médico-légale, ainsi que le niveau de coopération de l'enfant tout au long du parcours. Un accueil mal géré peut nuire tant au recueil des informations qu'à la stabilité psychologique de la victime.

### 1.1. Création d'un climat sécurisant :

Il est fondamental que l'enfant soit reçu dans un environnement apaisant, respectueux et rassurant, idéalement à l'écart des services d'urgence classiques. Le professionnel adopte une attitude neutre, calme et non menaçante, évitant toute forme de jugement, de ton autoritaire ou de comportement intrusif. L'objectif est de réduire l'anxiété immédiate, restaurer un sentiment de sécurité et redonner à l'enfant un certain contrôle sur la situation.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017), il est impératif de ne jamais s'adresser à un enfant comme à un adulte. La communication doit être adaptée à son niveau de développement, à ses capacités cognitives et à son état émotionnel. Elle doit s'appuyer sur un langage simple, une attitude douce et une écoute attentive, tout en respectant les silences ou les hésitations.

« La première approche influence le rapport de confiance entre le professionnel et l'enfant. Une attitude inadaptée peut aggraver le traumatisme. » (HAS, 2017)

### 1.2. Gestion de l'entourage :

La présence d'un adulte accompagnant est souvent souhaitable (parent, tuteur, éducateur), mais uniquement si celui-ci n'est pas suspecté d'être l'auteur ou complice de l'agression. Dans les cas de suspicion intrafamiliale, il est recommandé que l'enfant soit reçu seul, avec l'assistance d'un professionnel neutre (psychologue, éducateur, infirmier).

L'enfant doit être informé, dans un langage adapté, que ce qu'il dira sera protégé mais potentiellement transmis aux autorités compétentes si sa sécurité est en jeu. C'est une manière d'instaurer un cadre sécurisant et transparent dès l'entrée en relation.

### **1.3. Écoute initiale et absence d'interrogatoire :**

Lors de la première rencontre avec un enfant victime présumé d'agression sexuelle, l'attitude des professionnels doit être guidée par la bienveillance, la neutralité et la prudence. L'objectif principal est de recueillir, dans un cadre sécurisant, les propos spontanés de l'enfant sans chercher à orienter ou à multiplier les questions. Toute démarche assimilable à un interrogatoire risque de modifier le récit, d'altérer la mémoire des faits ou de provoquer une revictimisation émotionnelle. L'écoute initiale se limite donc à favoriser l'expression libre de l'enfant, à valider son ressenti et à le rassurer sur sa sécurité immédiate, tout en s'abstenant de toute pression ou suggestion. Les informations recueillies à ce stade doivent être strictement factuelles et consignées fidèlement, afin de permettre aux instances spécialisées notamment les enquêteurs formés aux auditions d'enfants de mener, ultérieurement et dans un cadre adapté, les entretiens approfondis nécessaires à l'instruction judiciaire et à la prise en charge psychologique. Cette posture préserve à la fois l'intégrité du témoignage et le bien-être de l'enfant.

### **1.4. Traçabilité et dossier initial :**

Toutes les informations collectées doivent être consignées de manière rigoureuse dans le dossier médical, en distinguant explicitement :

- Les propos exacts de l'enfant (retranscrits entre guillemets, sans reformulation),
- Les déclarations de l'accompagnant,
- Les observations cliniques objectives du professionnel.

Cette rigueur dans la traçabilité est essentielle, tant pour assurer une prise en charge optimale que pour constituer une base solide en cas de procédure judiciaire ultérieure.

## 2. Examen clinique :

### 2.1. Entretien et anamnèse avec l'enfant et l'entourage : (134)(135)(136)

L'une des premières étapes fondamentales dans la prise en charge d'un enfant victime d'agression sexuelle consiste à recueillir un ensemble d'informations contextuelles précises. Il s'agit notamment de clarifier les circonstances ayant motivé la consultation : raison de la venue, lieu et date présumés des faits, nature du lien entre l'enfant et le suspect, ainsi que le mode d'orientation (réquisition judiciaire ou démarche volontaire). Ces données sont essentielles pour ajuster la stratégie médico-légale, tant sur le plan de l'évaluation clinique que des soins à apporter.

Dans cette perspective, un entretien préparatoire peut être réalisé en amont de la consultation avec l'enfant, afin d'instaurer progressivement un climat de confiance. Ce moment d'accueil est souvent assuré par les infirmier(ère)s spécialisé(e)s en médecine légale, qui jouent un rôle central dans la première prise de contact. Grâce à une écoute attentive et non intrusive, ces professionnel(le)s facilitent la transition entre l'attente et l'examen médico-légal, en aidant l'enfant à s'approprier l'environnement médical.

Les éléments recueillis au cours de cet échange initial sont ensuite consignés sur une fiche d'observation écrite, et peuvent être partagés oralement avec l'équipe médicale lors de l'entretien clinique. Cette organisation favorise une meilleure coordination des acteurs de la prise en charge, tout en réduisant le stress de l'enfant face à une situation potentiellement anxiogène. Ce dispositif contribue ainsi à une approche globale, respectueuse du rythme et des besoins psychologiques de la jeune victime.

- **Protocole de NICHD**: (National Institute of child health and human development) (137) (138)

C'est une méthodologie d'entretien basée sur des éléments psychologiques liés au développement de l'enfant, ce protocole est conçu pour interroger les enfants âgés de 4 à 12 ans qui ont subi des agressions sexuelles, des violences, des crimes ou qui ont été témoins de tels événements. Ce protocole est principalement destiné aux professionnels tels que les policiers, les gendarmes et les intervenants sociaux, mais on peut l'adapter à toute personne enquêtant autour d'un délit envers les mineurs. Il convient de noter que la méthode du NICHD est l'un des rares protocoles d'entretien avec un enfant victime qui a été validé par la recherche.

Le protocole comprend trois grandes étapes :

- **Phase pré-déclarative : créer un cadre sécurisant**

Cette phase initiale vise avant tout à instaurer un climat de confiance entre l'enfant et l'intervenant, sans contrainte ni pression. Elle commence généralement par une conversation légère, centrée sur les centres d'intérêt de l'enfant (ex. : activité ou jeu préféré). Cela permet non seulement de détendre l'atmosphère, mais aussi d'évaluer ses capacités narratives et son niveau de langage.

Ensuite, l'intervieweur présente les personnes présentes dans la salle, explique le fonctionnement de l'entretien (durée, méthode, enregistrement éventuel) et introduit le matériel utilisé. Pour familiariser l'enfant avec la structure de l'entretien, on lui propose de décrire un souvenir récent, comme un événement familial ou une journée marquante. Cette phase d'évocation sert d'échauffement cognitif et émotionnel à l'entretien à venir.

- **Phase déclarative : exploration et approfondissement**

C'est le cœur de l'entretien. L'enfant est invité à décrire librement les faits qu'il a vécus, dans ses propres mots. L'intervieweur utilise exclusivement des questions ouvertes du type : « Peux-tu me raconter ce qu'il s'est passé ? », « Et ensuite ? », « Qu'est-ce que tu as vu/entendu ? ». Chaque élément rapporté par l'enfant est ensuite approfondi par des relances neutres pour obtenir des précisions sans influencer le discours.

Les questions fermées, suggestives, ou à choix imposés sont évitées, car elles risquent de biaiser le témoignage ou d'être perçues comme accusatrices. De même, les formulations commençant par « pourquoi » sont proscrites, car elles peuvent induire un sentiment de culpabilité chez l'enfant.

L'écoute attentive implique de respecter le rythme de l'enfant, de ne pas l'interrompre inutilement, et d'accepter les temps de silence, qui sont parfois nécessaires à la remémoration ou à la gestion émotionnelle.

- **Phase de clôture : retour à un cadre neutre et valorisation**

La dernière phase a pour objectif de conclure l'entretien de manière douce et rassurante. L'enfant peut, s'il le souhaite, apporter des éléments supplémentaires ou poser des questions. Il est important de le remercier explicitement pour ce qu'il a partagé, en soulignant son courage et sa coopération.

Pour terminer sur une note positive, l'intervieweur peut proposer un changement de sujet vers une thématique neutre ou plaisante, comme ses projets pour le reste de la journée. Cela permet de réduire la charge émotionnelle et d'aider l'enfant à sortir de l'entretien sans tension excessive.

- **Principes essentiels à respecter lors de l'entretien avec un enfant victime : (134) (135) (136)**

L'interaction avec un enfant dans le contexte d'une suspicion de violence sexuelle repose sur des règles précises, conçues pour protéger sa parole, garantir une neutralité bienveillante et limiter l'impact émotionnel du processus d'écoute. Voici les attitudes à privilégier :

- Inviter l'enfant à raconter librement ce qu'il a vécu, en respectant ses mots et son rythme, sans imposer de cadre rigide à son récit.
- Utiliser un langage clair, simple et adapté à son âge, en posant des questions ouvertes pour encourager l'expression spontanée (par exemple : « Peux-tu me dire ce qu'il s'est passé ? »).
- S'assurer que l'enfant comprend bien les questions, en reformulant si nécessaire.
- Éviter toute interruption pendant qu'il parle, et le laisser prendre le temps dont il a besoin pour réfléchir ou se rappeler.
- Établir une communication ajustée à son niveau de développement, en tenant compte de ses capacités verbales, cognitives et émotionnelles.

- Maintenir une posture d'écoute active et attentive, en réduisant les distractions, en gardant un contact visuel bienveillant, et en valorisant sa parole, notamment en cas de révélation.
  - Respecter le rythme de l'enfant : ne pas le précipiter, ne pas lui imposer un déroulement rigide ou un rythme d'entretien stressant.
  - S'abstenir de tout jugement, interprétation ou commentaire négatif, en particulier à l'égard de l'auteur présumé, même si celui-ci est un parent.
  - Maîtriser ses propres émotions durant l'entretien, afin d'éviter toute réaction excessive, projection ou attitude protectrice trop marquée.
  - Garder à l'esprit que la perception du temps chez l'enfant diffère de celle de l'adulte : il peut omettre certains éléments ou mélanger des séquences, sans que cela remette en cause sa sincérité.
- **L'entretien avec l'entourage : recueil des éléments contextuels**

L'entretien mené auprès de l'entourage de l'enfant qu'il s'agisse des parents, du tuteur légal ou d'un adulte référent joue un rôle fondamental dans la compréhension globale de la situation. Il permet de rassembler des données contextuelles précieuses, tant sur le cadre de vie que sur les antécédents personnels et familiaux de l'enfant. Les informations suivantes sont à explorer de manière structurée :

- La composition et la dynamique familiale, incluant les liens entre les membres, la garde éventuelle en cas de séparation, ou la présence d'autres adultes au domicile.
- Le contexte social et économique dans lequel évolue l'enfant : conditions de logement, emploi des parents ou responsables légaux, éventuelles consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues), et antécédents psychiatriques familiaux connus.
- Les conditions périnatales, incluant le déroulement de la grossesse, les complications éventuelles à l'accouchement et les suites néonatales.

- Le parcours de développement de l'enfant : acquisitions motrices, langagières et relationnelles ; suivi scolaire, performances et difficultés éventuelles ; événements de vie majeure ; antécédents médicaux, chirurgicaux et statut vaccinal à jour.
- L'existence ou non de recours antérieurs aux services hospitaliers ou d'urgence, en précisant les motifs et la fréquence des consultations.
- L'historique de troubles du comportement s'il y en a : date d'apparition, contexte de survenue, intensité, répercussions dans les différents milieux de vie (école, famille), et toute évolution dans le temps.
- **Lors d'une agression sexuelle :**

Il faut préciser :

- Le contexte de l'agression : lieu, moment, situation dans laquelle les faits se sont produits.
- Le déroulement des actes : chronologie, durée et répétition éventuelle.
- Le type d'agression sexuelle mentionné : gestes à connotation sexuelle (attouchements, caresses), actes de pénétration (vaginale, anale, orale).
- La présence d'éjaculations, leur localisation, et s'il y en a eu plusieurs.
- L'usage ou non d'un préservatif par l'agresseur présumé.
- L'existence de symptômes physiques : douleurs locales (vaginales, anales, pelviennes, abdominales), saignements récents ou répétés.
- Les comportements post-agression : changement de vêtements, toilette intime, miction ou défécation pouvant effacer des traces biologiques.
- Les antécédents sexuels éventuels (consentis ou non), ainsi que la situation gynécologique (état hyménéal ou virginité).

- L'historique médical comprenant des épisodes d'infections urinaires ou de vulvites inexpliquées, pouvant être des signes indirects d'abus.
- D'éventuels saignements rectaux ou vaginaux, en dehors de tout contexte médical clair.
- L'existence d'énurésie, surtout lorsqu'elle réapparaît brutalement chez un enfant propre.
- Des comportements sexuels inadaptés à l'âge, tels que l'emploi d'un langage sexuel explicite, des gestes à connotation sexuelle, ou des tentatives de jeux érotiques avec d'autres enfants.

### **2.2. 2.2 Examen somatique général : (134) (139) (140) (141)**

L'examen clinique est une composante essentielle de la prise en charge médico-légale. Il permet non seulement de rechercher d'éventuelles lésions ou traces biologiques, mais aussi d'assurer une évaluation de l'état général de santé de l'enfant. Il doit être mené dans le respect strict de la dignité, de l'intégrité et du rythme de la victime, en présence d'un adulte référent (sauf contre-indication) et dans des conditions garantissant le confort et la sécurité.

Avant toute démarche clinique, le médecin s'assure d'avoir obtenu un consentement libre, éclairé et spécifique :

- De la part du représentant légal (si non suspecté),
- Et, si l'âge le permet, du mineur lui-même.

Le professionnel explique à l'enfant, avec des mots simples, ce qu'il va faire, pourquoi, et comment, afin de désamorcer les peurs liées à l'examen.

- **Examen général :**

L'examen général constitue la première étape de l'évaluation clinique. Il permet d'obtenir une vision globale de l'état de santé physique et psychique de l'enfant, tout en recherchant d'éventuels indices indirects de maltraitance.

Les points suivants doivent être systématiquement explorés :

- Observer l'apparence générale de l'enfant, en prêtant attention à son état d'hygiène corporelle, à la propreté de ses vêtements et à la présentation globale.
- Évaluer son développement staturo-pondéral (poids, taille, rapport taille/poids) ainsi que son état nutritionnel, en notant tout signe de dénutrition ou de carence.
- Vérifier le développement psychomoteur, en fonction de son âge : coordination, posture, interactions sociales, capacité à s'exprimer verbalement ou gestuellement.
- Noter l'attitude comportementale durant la consultation : signes d'anxiété, de peur, d'agitation, d'apathie ou au contraire de comportement hyperactif. Il est aussi important de repérer des réactions émotionnelles inhabituelles (attachement excessif à un inconnu, évitement des parents, agressivité ou retrait).
- Relever les constantes vitales : température, tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire.
- Mesurer le poids, la taille et, chez les enfants plus jeunes, le périmètre crânien.
- Évaluer le stade pubertaire à l'aide des stades de Tanner, pour adapter la suite de l'examen (notamment gynécologique ou andrologique).
- Examen de la peau : ecchymoses, morsures, égratignures, brûlures, marques de contention.

- Enfin, si les faits rapportés sont récents, inspecter les vêtements portés au moment présumé de l'agression. On recherchera la présence de traces biologiques visibles (taches suspectes, sécrétions, sang, débris), ainsi que d'éventuels objets étrangers pouvant constituer des indices médico-légaux. Ces éléments doivent être manipulés avec précaution et documentés dans le respect de la chaîne de preuve.

- **Examen génital :**

Il s'agit d'un examen délicat, à réaliser avec douceur et patience, sans gestes forcés ni manœuvres intrusives. Il doit toujours être proportionné à l'âge et au développement pubertaire.

- **Chez la fille :**

Il existe deux positions principales permettant l'examen gynécologique non intrusif chez la fillette, selon l'âge et la coopération de l'enfant.

La première, souvent utilisée, est la position dite « en grenouille ». L'enfant est installée en décubitus dorsal, les jambes repliées, genoux écartés vers l'extérieur, les talons placés près des fesses. Cette posture facilite une inspection globale de la vulve tout en étant rassurante pour la fillette.

La seconde, appelée position genu-pectorale, est parfois préférée pour optimiser la visualisation de l'orifice hyménal. Elle consiste à placer l'enfant à genoux, les bras étendus vers l'avant, la tête posée au sol. Dans cette posture, il est possible, en écartant doucement les petites lèvres vers le haut puis vers le bas, d'obtenir une ouverture naturelle de l'orifice hyménal sans recours à des gestes invasifs.

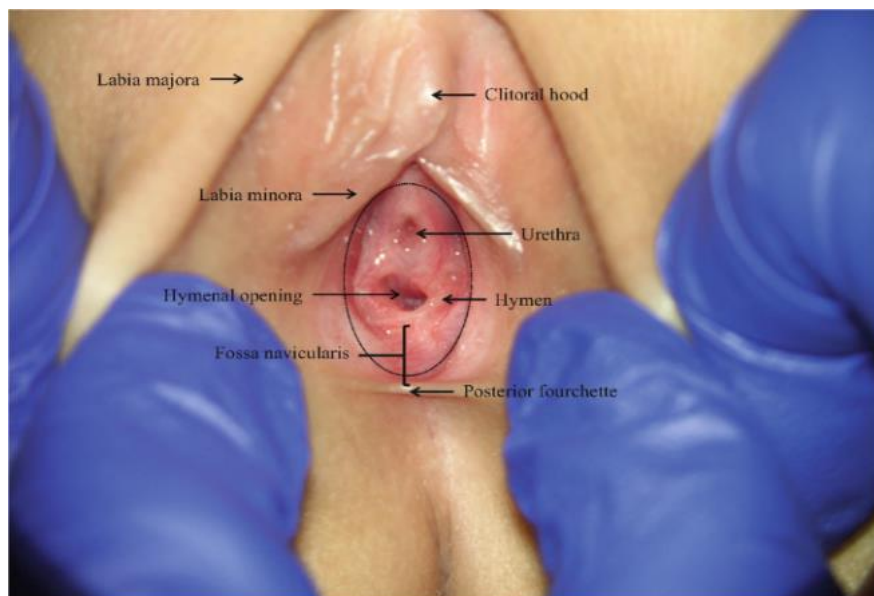


**Figure 35 : La figure illustre l'examen gynécologique en position de grenouille. (142)**

L'examen est visuel et minutieux, à l'aide d'une bonne lumière et, si possible, d'une loupe ou colposcope en mode d'observation "sans contact". Il comprend :

➤ **Examen de l'hymen :**

L'écartement des grandes lèvres et leur traction vers le haut puis vers le bas permettent une ouverture large de l'orifice hyménal.



**Figure 36 : La figure illustre l'examen de l'hymen par traction labiale**



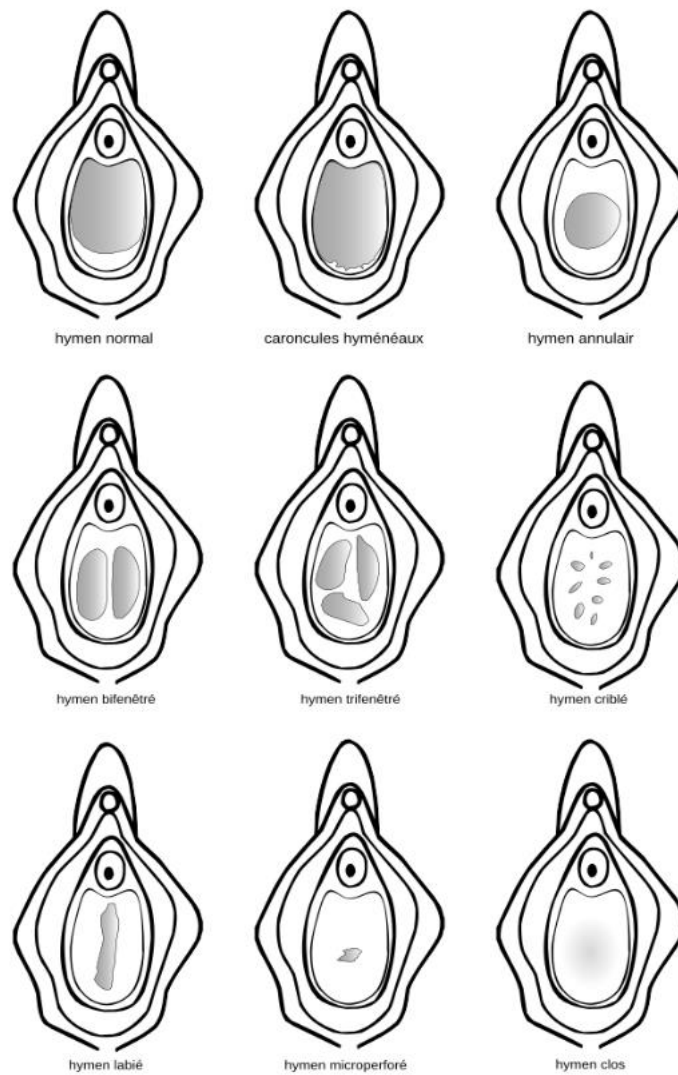
**Figure 37 : La figure illustre l'examen clinique du bord postérieur de l'hymen.**

➤ **Examen de la région vulvaire :**

Il est important d'examiner soigneusement toute la zone vulvaire, y compris les faces internes des cuisses, le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le clitoris, l'orifice urinaire et la fourchette postérieure. L'examen vise à détecter toute lésion récente pouvant indiquer un traumatisme, comme des écorchures, ecchymoses, pétéchies, rougeurs, hématomes, lacérations ou œdèmes. Des signes plus anciens ou cicatriciels peuvent aussi être présents, tels qu'une hypertrophie du clitoris ou de son capuchon, une dépression de la fourchette postérieure ou des anomalies de pigmentation (zones hypo- ou hyperpigmentées).

Chez les enfants ou adolescentes considérées comme vierges, l'attention se porte sur l'état de l'hymen. Une défloration récente peut se traduire par des déchirures partielles ou complètes, parfois associées à un saignement, un œdème ou une douleur locale. Toutefois, l'absence de lésions n'exclut pas la possibilité d'une pénétration, notamment lorsque l'hymen est souple ou élastique, et peut se dilater sans rupture apparente.

Pour les jeunes filles sexuellement actives, ou lorsque la virginité n'est plus préservée, l'examen recherche tout signe pouvant évoquer un rapport sexuel : lésions vulvaires ou vaginales, écoulement anormal ou présence de liquide séminal dans le vagin, à confirmer par des prélèvements biologiques.



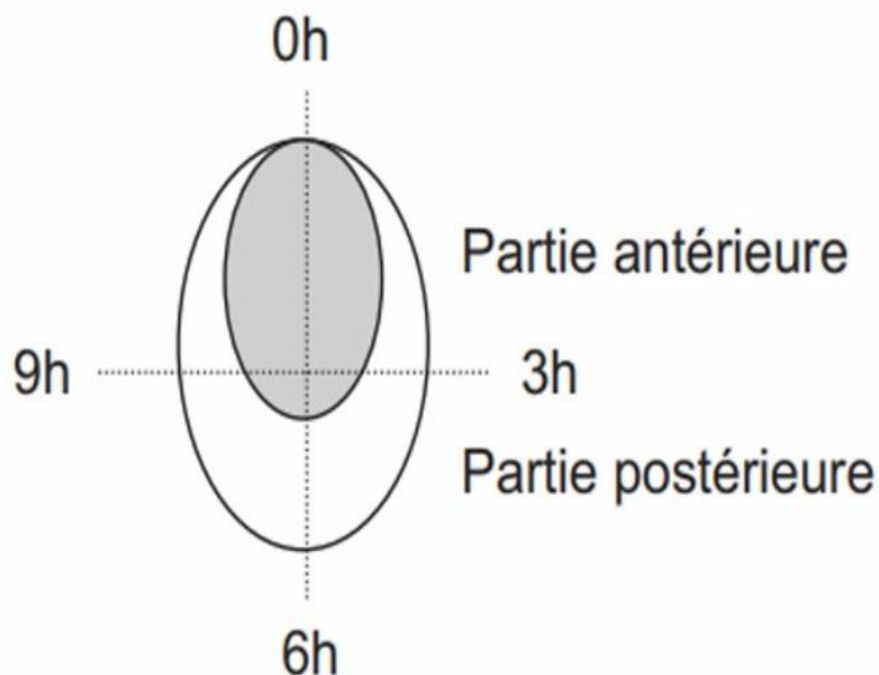
**Figure 38 : La figure illustre les différents aspects de l'hymen.**



**Figure 39 : La figure illustre un hymen annulaire.(143)**



**Figure 40 : La figure illustre un hymen non perforé chez une enfant pré pubère.(143)**



**Figure 41 : Localisation des lésions de l'hymen sous forme d'un quadrant horaire.**

Lors de l'examen de l'hymen, il est fréquent d'utiliser la méthode du cadran horaire pour localiser avec précision d'éventuelles anomalies. Cette approche consiste à décrire la position d'une ouverture, d'une échancrure ou d'une déchirure en se référant à une horloge imaginaire superposée à l'orifice hyménal. On imagine l'orifice hyménal comme le cadran d'une horloge :

- 12h correspond à la partie antérieure (en haut, vers le clitoris et le pubis)
- 6h correspond à la partie postérieure (en bas, vers l'anus).
- 3h est à droite de la patiente.
- 9h est à gauche de la patiente.

Donc, quand on décrit une lésion, on précise l'heure pour donner sa localisation précise

➤ **Exemples d'interprétation :**

- Fente hyménale à 6h : déchirure postérieure (la plus fréquente dans les agressions sexuelles).
- Ecchymose à 4h : lésion sur le quadrant inférieur droit.
- Érosion à 11h : lésion antéro-gauche.
- Lésions multiples (2h, 7h et 10h) : plusieurs zones traumatisées.

➤ **A noter que :**

Les lésions postérieures (entre 5h et 7h, surtout à 6h) sont les plus courantes dans les cas d'agression sexuelle car cette zone est la plus fragile et la moins extensible.

Les lésions antérieures (10h-2h) sont beaucoup plus rares.



**Figure 42 : La figure illustre une défloration récente chez une fille de 16 ans**

### ➤ Chez le garçon :

Il est essentiel d'examiner attentivement le pubis, le pénis et le scrotum afin de détecter d'éventuelles lésions. Bien que ces zones soient rarement touchées lors d'une agression sexuelle, certains signes peuvent néanmoins être présents. Parmi les anomalies à rechercher figurent : des déchirures du frein du prépuce ou de l'orifice urétral, des saignements, un œdème localisé ou diffus du prépuce ou du pénis, ainsi que des contusions, plaies ou hématomes scrotaux. Une observation minutieuse de ces régions permet de consigner toute trace pouvant évoquer un traumatisme récent ou plus ancien

### ➤ Examen ano rectal :

Position de l'enfant :

Chez les plus jeunes, l'examen se réalise en position « grenouille » (décubitus dorsal, jambes fléchies et écartées). Pour les enfants plus âgés ou en cas de coopération difficile, le décubitus latéral ou la position gœnu-pectorale sont privilégiés. Il est primordial de veiller au confort de l'enfant et de lui expliquer chaque geste.

Inspection externe de la marge anale :

- Signes évocateurs de traumatismes récents : érythème, fissures, abrasions, œdème périanal, hémorragies récentes, plaies ou marques de griffures, relâchement du tonus anal ou béance anale spontanée.
- Signes évocateurs de traumatismes anciens : cicatrices, zones de dépigmentation ou d'hyperpigmentation autour de l'anus, modification du pli anal, déchirures radiaires cicatrisées, béance anale provoquée ou ouverture excessive lors d'une traction douce des fesses.

Le toucher rectal ne doit pas être réalisé systématiquement chez l'enfant, mais uniquement dans des situations cliniques précises, par exemple pour évaluer le tonus du sphincter anal ou vérifier la présence de saignements intra-rectaux détectables au doigtier.

En présence de lésions anales suspectes, il convient également d'envisager des causes non sexuelles pouvant expliquer des symptômes similaires, comme une infestation par oxyures, la constipation chronique, des hémorroïdes ou certaines affections dermatologiques (ex. : eczéma).

En cas de doute persistant ou d'examen visuel insuffisant, la réalisation d'une anoscopie peut être indiquée afin de compléter l'évaluation et affiner les constatations.



**Figure 43 : La figure illustre plusieurs lacérations de la marge anale chez un enfant de 11 mois.**

**(144)**

### **3. Examens complémentaires :(134) (145) (146)**

La prise en charge médico-légale d'un mineur victime présumée de violences sexuelles ne se limite pas à l'examen clinique. Elle inclut également des examens complémentaires ciblés, qui visent à documenter les faits, prévenir les complications médicales et assurer le suivi médico-judiciaire.

#### **3.1. Prélèvements à visée médico-légale :**

Dans le cadre d'une suspicion d'agression sexuelle sur un mineur, les prélèvements médico-légaux représentent une étape essentielle. Leur objectif est de recueillir des éléments biologiques susceptibles de corroborer le témoignage de la victime, d'identifier un éventuel agresseur grâce à une empreinte génétique, ou encore de détecter une exposition à des agents infectieux. Ces prélèvements doivent être effectués selon un protocole strict, garantissant à la fois la traçabilité judiciaire et le respect de la dignité de la victime.

### ➤ **Prélèvement du sperme :**

Le prélèvement de sperme est une étape clé dans la recherche de preuves biologiques lors d'une suspicion d'agression sexuelle. Il permet non seulement de confirmer un contact sexuel, mais aussi, grâce à l'analyse génétique (ADN), d'identifier un éventuel agresseur. Ce prélèvement doit être effectué le plus rapidement possible, idéalement dans les 24 à 72 heures suivant les faits, période durant laquelle les traces sont les plus détectables. Le sperme peut être recherché au niveau vaginal, anal, buccal, ou encore sur la peau, les vêtements ou des objets.

### ➤ **Limites des délais de réalisation :**

Vagin : 72 à 120 heures

Anus : 46 heures

Bouche : 06 heures

Peau : 24 heures

Pour ce faire, des écouvillons secs et stériles sont utilisés afin de frotter délicatement les zones concernées, sans lavage préalable, afin de préserver l'intégrité des cellules séminales. Les échantillons sont ensuite scellés, étiquetés et envoyés à un laboratoire médico-légal accrédité pour rechercher des spermatozoïdes, des antigènes prostatiques spécifiques (PSA) ou de l'ADN. Il convient de rappeler que l'absence de sperme n'exclut pas une agression, notamment en cas d'utilisation de préservatif ou si les faits remontent à plusieurs jours. Le respect strict des protocoles médico-légaux assure la valeur probante de ces éléments devant la justice.

### ➤ **Prélèvement de poils ou des cheveux :**

Le prélèvement de poils et de cheveux peut être indiqué dans certaines situations spécifiques d'agression sexuelle, notamment en cas de suspicion de contact physique rapproché, de lutte, ou pour rechercher des traces d'ADN exogène, des particules étrangères (fibres, poussières, substances) ou réaliser des analyses toxicologiques.

Les cheveux peuvent être prélevés par arrachement, afin d'obtenir le bulbe pileux pour une analyse ADN nucléaire, ou par coupe, notamment pour les analyses toxicologiques dans les cas de suspicion de soumission chimique.

Le protocole standard consiste à collecter environ 10 à 20 cheveux provenant de différentes zones du cuir chevelu (frontale, temporale, occipitale), à l'aide de pinces ou à la main, en évitant toute contamination. Les poils pubiens, lorsqu'ils sont présents, peuvent également être prélevés pour un dépistage ADN en cas de contact génital présumé, ou pour comparaison avec des poils retrouvés sur le corps ou les vêtements de la victime.

Chaque échantillon doit être placé dans une enveloppe en papier (jamais en plastique, afin d'éviter l'humidité), étiqueté, daté et conservé en respectant strictement la chaîne de traçabilité médico-légale. Il est essentiel de distinguer les prélèvements de comparaison (appartenant à la victime) de ceux correspondant à des éléments étrangers recueillis sur la scène ou sur son corps. Bien que non systématiques, ces prélèvements peuvent être précieux pour prouver matériellement un contact physique ou un transfert biologique indirect.

➤ **Prélèvement sous-unguéaux :**

Le prélèvement s'effectue à l'aide d'écouvillons secs stériles légèrement humidifiés, que l'on passe soigneusement sous le bord libre de chaque ongle, un par un. Dans certains cas, notamment chez les jeunes enfants, une petite spatule stérile peut être utilisée. Chaque échantillon est placé dans une enveloppe en papier distincte, clairement étiquetée avec la main concernée (par exemple : « ongle index droit »), la date, l'heure et les initiales de l'intervenant. Les prélèvements sont ensuite transmis pour analyse génétique (ADN) ou, dans certaines situations, pour la recherche de substances chimiques.

Il est impératif de réaliser ces prélèvements avant toute toilette, lavage ou friction des mains, afin de préserver au maximum le matériel biologique. Chez l'enfant, cette procédure doit être effectuée avec douceur et accompagnée d'explications adaptées, afin de limiter tout traumatisme secondaire.

### ➤ Prélèvement toxicologique :

Le prélèvement toxicologique joue un rôle clé dans l'évaluation médico-légale d'une agression sexuelle, en particulier lorsqu'il existe une suspicion de soumission chimique ou des troubles inexplicables de la conscience. Cette procédure a pour objectif de détecter la présence éventuelle de substances psychoactives (alcool, benzodiazépines, cannabis, GHB, etc.) pouvant avoir été administrées à la victime afin de diminuer son discernement, sa vigilance ou sa mémoire.

### ➤ Prélèvement à visée médicale :

Au-delà de leur dimension médico-légale, certains prélèvements sont réalisés uniquement dans un but médical, afin de prévenir ou de diagnostiquer les conséquences infectieuses ou reproductives d'une agression sexuelle. Ces examens ne visent pas à fournir une preuve judiciaire, mais à protéger la santé de la victime grâce à un dépistage ou un suivi précoce.

Parmi les plus fréquents figurent les tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment :

- Le VIH (par test rapide ou sérologie classique),
- Les hépatites B et C,
- La syphilis (TPHA/VDRL),
- Et, selon l'âge et le type de contact, les chlamydiae et gonocoques (PCR urinaire ou prélèvement vaginal).

Chez les adolescentes ayant déjà eu leurs règles, un test de grossesse (dosage des  $\beta$ -HCG) est recommandé si une pénétration vaginale est suspectée, même en l'absence de symptômes.

Ces prélèvements doivent être réalisés avec le consentement du représentant légal, dans un cadre bienveillant et non culpabilisant. Les résultats doivent être expliqués clairement à la famille, et un suivi à long terme est souvent nécessaire, notamment pour le dépistage du VIH à 6 semaines et 3 mois, ou pour la vaccination post-exposition contre l'hépatite B.

#### 4. Prise en charge thérapeutique :

➤ **En cas d'agression sexuelle récente moins de 72 h :**

Lorsqu'un enfant ou un adolescent est pris en charge dans les 72 heures suivant une agression sexuelle, la rapidité d'intervention est essentielle pour prévenir les risques infectieux, reproductifs et psychologiques, tout en assurant une prise en charge globale et coordonnée.

➤ **Prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) :**

Prophylaxie post-exposition au VIH (PEP VIH) : indiquée dans les 48 à 72 heures si le viol est avéré ou très probable, avec pénétration et éjaculation sans préservatif, et si le statut VIH de l'agresseur est inconnu ou positif.

➤ **Protocole : trithérapie antirétrovirale pendant 28 jours (ex. : TDF + FTC + DTG).**

➤ **Suivi : test VIH à M0, M1, M3 et M6.**

- Prévention des autres IST :

**Tableau XX: Protocole thérapeutique des IST recommandé par l'OMS pour les enfants et les adolescents (141)**

IST à prévenir	Traitement prophylactique recommandé	Posologie habituelle
Gonocoque	Ceftriaxone (IM)	125 mg en injection intramusculaire, en dose unique ou 400 mg par voie orale, en dose unique pour les enfants de moins de 12 ans ou 8mg/kg en dose unique.
Chlamydia trachomatis	Azithromycine (PO)	20 mg/kg par voie orale, en dose unique.
Trichomonas vaginalis	Métronidazole (PO)	5 mg/kg de poids corporel par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours.
Syphilis	Benzathine-pénicilline G (IM)	50000 UI/kg par voie intramusculaire (jusqu'à 2,4 millions UI en dose unique).

## Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas

---

- Prévention contre le tétanos :

La prévention du tétanos repose sur l'administration, selon le statut immunitaire de l'enfant et la nature des plaies, soit d'un sérum antitétanique (SAT), soit d'un vaccin antitétanique (VAT).

- Prévention d'une grossesse non désirée :

Chez les adolescentes post-ménarchiques, si absence de protection ou rupture de préservatif :

- **Levonorgestrel (Norlevo®) 1,5 mg PO dans les 72h**
- **Ou Ulipristal acétate (EllaOne®) jusqu'à 120h (5 jours)**
- **Test  $\beta$ -HCG à J0, avec contrôle à J15-20 si absence de règles**

Vaccinations post-exposition

- Hépatite B : si non vaccinée → vaccination rapide (0, 1, 2, 12 mois) + immunoglobulines anti-HB si exposition avérée et statut inconnu de l'agresseur
- Hépatite A : en cas de contact oro-anal (rare)
- HPV : recommandé dès 11 ans (HAS), non urgent

Prise en charge psychologique immédiate

- Entretien initial dans les 48-72 heures avec un pédopsychiatre ou psychologue, évaluation du risque de stress post-traumatique
- Mise en place rapide d'un suivi spécialisé en cas de sidération, dissociation ou régression comportementale
- Prescription éventuelle d'anxiolytiques ou sédatifs légers à court terme, selon évaluation psychiatrique.

- En cas d'agression sexuelle datant de plus de 72 h :

Passé le délai de 72 heures après une agression sexuelle, la prise en charge thérapeutique demeure essentielle, même si les mesures préventives immédiates (contre le VIH ou une grossesse) ne sont plus applicables. L'objectif est alors d'assurer un bilan médical complet, un dépistage infectieux adapté, un suivi psychologique structuré, ainsi qu'un accompagnement social et judiciaire à moyen et long terme.

- Bilan infectieux complet :

Même au-delà de 72 heures, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) reste indispensable :

- Sérologies à J0 :
- VIH 1 et 2 (test ELISA 4e génération)
- Syphilis (TPHA, VDRL)
- Hépatites B et C
- Prélèvements locaux (PCR ou cultures), selon le type d'agression : recherche de gonocoques, chlamydiae, mycoplasmes, trichomonas sur échantillons urinaires, vaginaux, anaux ou buccaux.

Suivi : un contrôle est recommandé à M1 et M3, en particulier pour le VIH et la syphilis, en raison de la fenêtre sérologique.

- Contraception et test de grossesse

Au-delà de 72 heures, la contraception d'urgence n'est plus efficace. Cependant, il convient de :

- Réaliser un test  $\beta$ -HCG chez toute adolescente post-ménarchique ayant rapporté une pénétration vaginale.
- Programmer un contrôle à 15 jours si absence de règles.

- En cas de grossesse confirmée, proposer une prise en charge médicale et psychologique adaptée, dans le respect des lois en vigueur.
  - Vaccination et immunisation
- Hépatite B : proposer la vaccination si le statut est incomplet ou inconnu (schéma accéléré : 0, 1, 2 et 12 mois).
- HPV : recommandé dès 11 ans pour filles et garçons, indépendamment de l'agression.
- Hépatite A : uniquement en cas de contact oro-anal rapporté (rare).
  - Prise en charge psychologique spécialisée :  
Même sans symptômes apparents, il est indispensable de :
- Réaliser un entretien initial avec un pédopsychiatre.
- Évaluer l'impact psychologique : anxiété, troubles du sommeil, cauchemars, mutisme, régression, phobies, etc.
- Mettre en place un suivi régulier adapté à l'âge et au développement.
- Proposer un accompagnement aux parents, surtout si la famille est fragilisée par les faits.

### **5. Le certificat médico-légal :(83) (147) (148) (149)**

Le certificat médico-légal est un document officiel rédigé par un médecin, destiné à constater les lésions ou atteintes subies par une personne, et pouvant servir de preuve dans le cadre d'une procédure judiciaire. Lorsqu'il s'agit d'une agression sexuelle sur un mineur, il devient un élément essentiel permettant à l'autorité judiciaire de confirmer la véracité des faits rapportés et d'apprécier l'ampleur des conséquences physiques.

Structure recommandée du certificat :

- Nom du centre hospitalier
- Nom du médecin examinateur

- Identité de la victime
  - Nom et prénom.
  - Sexe, âge, date de naissance.
  - Adresse.
  - Numéro de pièce d'identité (ou mention du tuteur légal si mineur).
  - Référence du dossier
- Réquisition ou demande
  - Mentionner si le certificat est établi sur réquisition du Procureur du Roi ou à la demande de la victime/tuteur.
  - Joindre une copie de la réquisition si présente.
- Description des faits rapportés
  - Reformulation des propos de la victime sans interprétation ni question suggestive.
  - Date et heure présumées des faits (si indiquées par la victime).
- Examen clinique
  - État général (conscient, coopératif, en détresse...).
  - Lésions observées : localisation précise (avec schéma anatomique si nécessaire), dimensions, aspect, couleur, évolution.
  - Examen gynécologique/anal si indiqué, avec précaution et consentement.
- Examens complémentaires
  - Analyses ou prélèvements effectués (biologiques, toxicologiques, médico-légaux).
- Évaluation de l'Incapacité Totale de Travail (ITT)

- Fixer l'ITT selon la gravité et l'impact fonctionnel, conformément aux référentiels marocains.
- Conclusion
  - Synthèse des constatations objectives :
  - Lors d'une agression sexuelle, la conclusion du certificat médico-légal doit mentionner l'une des constatations suivantes :
    - Défloration ancienne
    - Défloration récente
    - Hymen dilatable
    - Stigmates d'agression sexuelle
    - Examen clinique normal
      - Mention que le certificat est établi à la demande de la justice ou de la victime et remis en main propre ou à l'autorité compétente.
    - Signature et cachet du médecin

L'établissement d'un certificat médical, en particulier lorsqu'il est à visée médico-légale, requiert une approche à la fois prudente et impartiale. Certaines règles de base doivent impérativement être observées :

- Décision de délivrance : le praticien conserve l'autorité d'apprécier la pertinence de la remise d'un certificat, sauf lorsqu'il intervient dans le cadre d'une réquisition judiciaire, situation dans laquelle il est tenu de l'établir. Tout document jugé non justifié peut être refusé.
- Compétence et orientation : si le médecin considère ne pas posséder l'expertise nécessaire pour répondre adéquatement à la demande, il a l'obligation d'adresser la personne à un confrère disposant des compétences appropriées.

- Confidentialité : le secret médical doit être scrupuleusement respecté et les informations contenues dans le certificat ne peuvent être divulguées qu'aux destinataires légalement autorisés.
- Examen direct obligatoire : aucun certificat ne doit être rédigé sans un examen personnel et complet de l'intéressé, dont le contenu sera adapté à la nature du document demandé.
- Modalités de remise : le certificat est remis directement à la personne concernée, à l'exception des cas suivants :
  - S'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous protection juridique : remise au représentant légal ou au tuteur.
  - En situation de réquisition : transmission à l'autorité ayant formulé la demande.
- Exemple de certificat médico-légale (voir annexes)

### 6. Le signalement : (83)

L'objectif du signalement est de porter à la connaissance des autorités compétentes toute situation mettant un enfant en danger, afin de permettre la mise en place d'actions immédiates pour assurer sa protection.

- Fondements juridiques :

Au Maroc, informer les autorités en cas de suspicion ou de constat d'agression sexuelle sur un mineur est à la fois une exigence morale et une obligation légale.

- Article 446 du Code pénal : le secret professionnel ne s'applique pas lorsque la révélation d'informations est nécessaire pour protéger un enfant en danger.
- Le Code de procédure pénale précise que toute personne ayant connaissance d'un crime ou d'un délit doit en aviser les autorités compétentes, afin de permettre l'ouverture rapide d'une enquête.

- Personnes concernées par l'obligation :

L'obligation de signalement incombe en priorité :

- Aux professionnels de santé (médecins, sage-femmes, infirmiers, psychologues) impliqués dans la prise en charge médicale ou médico-légale de l'enfant.
- Aux travailleurs sociaux et responsables d'établissements accueillant des mineurs.
- À toute personne ayant connaissance des faits, même si la loi prévoit une responsabilité accrue pour les professionnels soumis au secret.

- Procédure de signalement :

Le signalement doit être effectué immédiatement après la constatation ou la révélation des faits, afin de protéger l'enfant et de préserver les preuves médico-légales.

- Signalement direct : déclaration orale ou écrite au Procureur du Roi territorialement compétent, ou consignation des faits dans un procès-verbal auprès de la police ou de la gendarmerie royale.
- Signalement par voie médicale : rédaction d'un certificat médico-légal décrivant les lésions constatées, éventuellement accompagné d'un rapport succinct précisant le contexte, la gravité et les risques encourus par l'enfant.

- Principes encadrant la démarche :

- Priorité à la protection : assurer la sécurité physique et psychologique du mineur avant, pendant et après le signalement.
- Respect de la confidentialité : limiter les informations transmises à celles strictement nécessaires à l'intervention des autorités.
- Rigueur et exactitude : s'en tenir aux faits objectivement constatés, en évitant toute interprétation non étayée médicalement.

- Traçabilité : conserver une copie du certificat et du rapport dans le dossier médical, conformément aux règles professionnelles.
- Conséquences après le signalement :  
  
Une fois la notification transmise :
  - Les autorités judiciaires engagent les investigations nécessaires.
  - L'enfant peut être dirigé vers des structures spécialisées (unités de victimologie, pédopsychiatrie, services sociaux).
  - Le professionnel à l'origine du signalement peut être sollicité pour fournir des précisions ou des compléments d'information.

## **IX. Conséquences psychosociales:(150) (151) (152)(153)(154)**

Les agressions sexuelles vécues durant l'enfance ou l'adolescence entraînent un large spectre de répercussions qui s'étendent bien au-delà de la période immédiate des faits. Elles affectent non seulement la santé mentale, mais aussi le développement émotionnel, les relations sociales, les performances scolaires et la trajectoire de vie de la victime. Ces impacts peuvent se manifester à court, moyen et long terme, et certains persistent jusqu'à l'âge adulte, même en l'absence de contact direct prolongé avec l'agresseur.

### **1. Répercussions psychologiques :**

#### **1.1. Troubles anxieux et dépressifs :**

De nombreuses études ont montré que les enfants victimes présentent une prévalence élevée de symptômes anxieux et dépressifs. Ceux-ci peuvent inclure l'irritabilité, les crises d'angoisse, les troubles du sommeil, la perte d'intérêt pour les activités habituelles et une tristesse persistante. Ces manifestations sont souvent aggravées par le sentiment d'insécurité et le manque de soutien familial.

### **1.2. Etat de stress post traumatique :**

L'ESPT est l'une des conséquences les plus fréquentes et les mieux documentées. Il se caractérise par des reviviscences de l'agression (flashbacks, cauchemars), une hypervigilance constante, un évitement des situations ou des personnes rappelant l'événement, et une altération durable de l'humeur.

### **1.3. Sentiments de culpabilité et de honte :**

Les victimes peuvent développer un sentiment de responsabilité vis-à-vis des faits subis, surtout si l'agresseur est une personne de confiance ou un membre de la famille. Cette culpabilité, souvent alimentée par des pressions ou des manipulations de l'agresseur, freine la révélation des faits et retarde l'accès à l'aide.

### **1.4. Idées suicidaires et comportements auto agressifs :**

La littérature internationale confirme un lien significatif entre abus sexuels dans l'enfance et tentatives de suicide ultérieures. Les comportements d'automutilation peuvent survenir comme mécanisme de gestion de la détresse psychique.

## **2. Conséquences sociales et scolaires :**

### **2.1. Isolement social et repli :**

De nombreux enfants victimes se coupent progressivement de leur environnement social, par méfiance, peur du jugement ou sentiment d'insécurité. Cette rupture des liens sociaux aggrave la détresse psychologique et limite les ressources de soutien.

### **2.2. Difficultés scolaires :**

Les répercussions scolaires sont fréquentes : baisse des performances, troubles de concentration, absentéisme répété et risque de décrochage. La présence de l'agresseur ou de ses proches dans l'environnement scolaire peut accentuer ces difficultés.

**2.3. Relations interpersonnelles altérées :**

À moyen et long terme, l'agression sexuelle peut perturber la capacité à établir des relations de confiance et à construire des liens affectifs sains. Certaines victimes développent une peur persistante de l'intimité ou, au contraire, adoptent des conduites sexuelles à risque.

**3. Conséquences comportementales :**

**3.1. Conduite à risque :**

Certains mineurs présentent des comportements impulsifs, des conduites sexuelles inappropriées ou précoces, ainsi qu'une consommation précoce d'alcool ou de drogues, souvent comme moyen de soulager leur souffrance psychique.

**3.2. Troubles du comportement :**

L'agression sexuelle peut également entraîner des manifestations telles que l'agressivité, la fugue ou des actes de délinquance, en particulier chez les adolescents, traduisant un mal-être profond et une difficulté à gérer la colère ou la frustration.

**4. Conséquences à long terme :**

Les séquelles des agressions sexuelles peuvent perdurer à l'âge adulte : troubles psychiatriques chroniques (dépression, anxiété généralisée, troubles dissociatifs), difficultés d'insertion professionnelle, instabilité relationnelle et vulnérabilité accrue à de nouvelles violences. Même après un suivi psychologique, certaines victimes conservent une hypervigilance, des troubles de l'attachement et des difficultés dans la parentalité.

**X. Prévention :(148) (155)**

La prévention des agressions sexuelles sur les enfants et les adolescents repose sur une approche multidimensionnelle combinant des mesures éducatives, légales, sociales et sanitaires. Elle vise à réduire les risques d'exposition, à renforcer la protection des mineurs, à promouvoir une culture de la vigilance et à favoriser un environnement sécurisant dans tous les espaces fréquentés par l'enfant.

## 1. Prévention primaire : (agir avant que l'agression ne survienne)

- Education et sensibilisation des enfants :
- Enseigner, dès le plus jeune âge, les notions d'intégrité corporelle et de limites personnelles.
- Apprendre à identifier et à signaler toute situation inconfortable ou menaçante.
- Utiliser des outils pédagogiques adaptés à l'âge (jeux, histoires, vidéos éducatives) pour expliquer la différence entre gestes appropriés et gestes inappropriés.

### 1.1. Implication des familles :

- Sensibiliser les parents à reconnaître les signes d'alerte d'un abus sexuel.
- Encourager la communication ouverte et sans tabou au sein du foyer.
- Renforcer les compétences parentales pour assurer une surveillance adaptée, notamment dans les interactions avec les adultes et sur Internet.

### 1.2. Sécurité dans les environnements fréquentés par les mineurs :

- Mettre en place des procédures strictes de recrutement et de contrôle des antécédents judiciaires pour les professionnels travaillant avec des enfants.
- Instaurer des codes de conduite dans les écoles, clubs sportifs et associations.

## 2. Prévention secondaire : (intervention rapide dès suspicion ou révélation)

### 2.1. Formations des personnels :

- Former les enseignants, éducateurs, soignants et policiers à identifier les signes précoces d'abus et à connaître les procédures de signalement.
- Développer des protocoles clairs de prise en charge dès la première suspicion.

**2.2. Détection et signalement :**

- Encourager la vigilance dans les milieux scolaires, médicaux et sociaux pour repérer les signaux physiques, comportementaux ou émotionnels.
- Appliquer systématiquement l'obligation légale de signalement aux autorités compétentes en cas de suspicion fondée.

**3. Prévention tertiaire : (limiter les séquelles et prévenir la récurrence)**

**3.1. Prise en charge globale des victimes :**

- Assurer un suivi médical, psychologique et social adapté, centré sur la reconstruction de l'enfant.
- Proposer des thérapies validées scientifiquement, comme la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le trauma.

**3.2. Suivi et prise en charge des auteurs :**

- Mettre en place des programmes de réhabilitation pour les agresseurs afin de réduire le risque de récurrence.
- Surveiller judiciairement les individus condamnés pour infractions sexuelles, conformément aux dispositions légales.

**4. Rôle des campagnes publiques et des politiques nationales :**

Les campagnes de sensibilisation à grande échelle contribuent à briser le silence entourant les violences sexuelles et à informer sur les droits des enfants. Les politiques nationales doivent inclure :

- Des lois renforçant la protection juridique des mineurs.
- Des structures spécialisées dans l'accueil et la prise en charge des victimes.
- Un financement durable des programmes de prévention.

## XI. Recommandations : (148) (155) (156) (157)

Au regard de la gravité des violences sexuelles subies par les mineurs, il devient indispensable de mettre en place des mesures concrètes, coordonnées et adaptées à la complexité de ces situations. Les analyses menées dans ce travail révèlent des défaillances persistantes dans la détection, la prise en charge et la prévention, malgré l'existence de dispositifs parfois limités ou mal articulés.

Il s'agit donc de dépasser une simple amélioration des structures existantes pour construire une réponse globale, centrée sur les besoins réels des enfants et adolescents. En tenant compte de leur vulnérabilité et des conséquences durables de ces agressions, les recommandations proposées visent à renforcer la protection, le soin et l'accompagnement de ces victimes, et à soutenir une mobilisation plus efficace contre ces violences.

- Renforcer la précocité et la qualité de la prise en charge médicale :

La prise en charge des mineurs victimes d'agression sexuelle nécessite une intervention médicale rapide, globale et adaptée. Dès la première consultation, il convient d'assurer le dépistage des lésions, la prévention des infections sexuellement transmissibles et la gestion d'un éventuel risque de grossesse. Ces actes doivent idéalement être réalisés dans un délai de 72 heures, par des professionnels formés à la spécificité de la victimologie infantile. Parallèlement, un protocole médico-légal opérationnel doit être disponible dans chaque service d'urgence afin de garantir la conservation des preuves, en vue de poursuites judiciaires potentielles.

- Mettre en place des protocoles intersectoriels coordonnés :

Compte tenu de la complexité des situations, une coordination étroite entre les secteurs médical, social, éducatif et judiciaire est indispensable. Des protocoles interinstitutionnels clairs doivent structurer l'action collective pour éviter les ruptures de parcours. La désignation d'un référent qu'il soit professionnel de santé, travailleur social ou pédopsychiatre, permet de centraliser les démarches et d'assurer un suivi cohérent. Le développement d'unités médico-judiciaires pédiatriques, réunissant ces expertises en un seul lieu, constitue à cet égard une approche recommandée.

- Garantir un soutien psychologique immédiat et à long terme :

Les violences sexuelles infligées aux enfants laissent fréquemment des séquelles psychiques profondes, dont les effets peuvent durer dans le temps. Une intervention psychologique précoce est donc essentielle pour limiter l'émergence de troubles anxieux, dépressifs, dissociatifs, ou encore de perturbations du développement. Cette prise en charge doit débiter par une évaluation réalisée par un professionnel en santé mentale, suivie d'un accompagnement structuré à moyen et long terme. Le soutien de l'entourage familial constitue également un levier de résilience, à condition qu'il ne soit pas lui-même impliqué dans les faits, ce qui nécessite une attention particulière. Enfin, les interventions thérapeutiques doivent être adaptées à l'âge de l'enfant et à son niveau de développement, en privilégiant des approches spécialisées telles que les thérapies centrées sur le traumatisme ou l'EMDR.

- Améliorer la formation des professionnels :

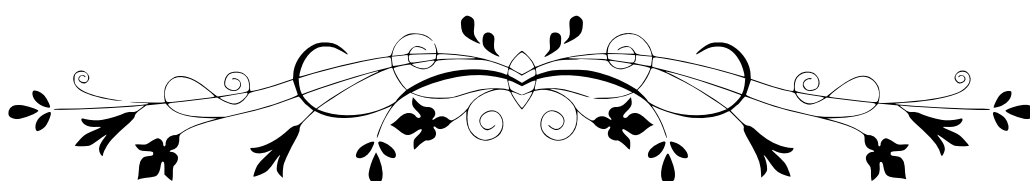
La formation, qu'elle soit initiale ou continue, des professionnels intervenant dans les domaines de la santé, de la justice, de l'éducation et de l'action sociale, représente un levier fondamental pour renforcer la qualité de la prise en charge des mineurs victimes de violences sexuelles. Bien souvent, ces intervenants se trouvent démunis ou insuffisamment préparés face à des situations complexes, ce qui peut conduire à des retards dans la reconnaissance des faits, voire à des erreurs d'évaluation. Il devient donc essentiel d'intégrer, dès la formation universitaire, des enseignements spécifiques portant sur la détection des violences sexuelles, les modalités de signalement, ainsi que les principes visant à éviter toute revictimisation. De plus, les formations continues doivent offrir aux professionnels l'opportunité d'actualiser leurs compétences et de bénéficier de dispositifs de supervision clinique réguliers, afin de consolider leurs pratiques et d'améliorer leur réactivité face à ces situations sensibles.

- Adapter les procédures judiciaires aux besoins de l'enfant :

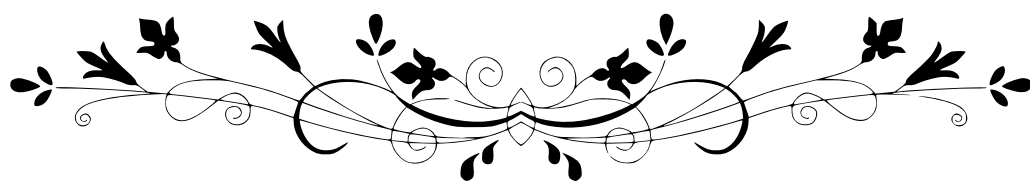
Le système judiciaire doit impérativement réduire l'impact traumatique des procédures en évitant les auditions multiples, longues et éprouvantes pour l'enfant. Il est fortement conseillé de recourir à une audition unique, enregistrée en présence de professionnels spécifiquement formés à l'entretien avec des mineurs victimes. Par ailleurs, la justice se doit de garantir un accès rapide à une protection juridique adaptée, ainsi qu'à une information claire et compréhensible, en fonction de l'âge et de la maturité de l'enfant. Il est également crucial de respecter le rythme psychologique du mineur et de raccourcir autant que possible les délais de traitement judiciaire, afin de limiter les souffrances liées à l'attente et à la répétition des procédures.

- Sensibiliser la société et renforcer la prévention :

Toute politique visant à combattre les agressions sexuelles envers les mineurs doit impérativement intégrer une dimension forte de prévention et d'éducation. Cela suppose la mise en place de campagnes de sensibilisation à destination des enfants, des parents et des professionnels, afin de renforcer les compétences relationnelles et émotionnelles, d'encourager le respect du corps et de favoriser l'apprentissage du consentement et du refus. Les programmes éducatifs fondés sur les droits de l'enfant, validés par les autorités sanitaires, se sont révélés efficaces pour limiter les risques de victimisation. En complément, les acteurs de la société civile ainsi que les médias ont un rôle essentiel à jouer dans la déconstruction des tabous et la lutte contre la stigmatisation des victimes.



## **CONCLUSION**



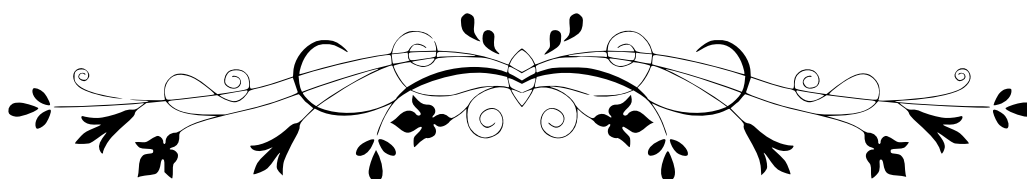
Les agressions sexuelles commises à l'encontre des mineurs représentent une problématique particulièrement alarmante, demeurant largement répandue et fréquemment passée sous silence. Leur gravité ne se limite pas à l'acte en lui-même, mais réside également dans les séquelles durables qu'elles provoquent : troubles psychologiques sévères, isolement, perte de confiance, difficultés scolaires et relationnelles. Lorsqu'elles surviennent dans des environnements de proximité qu'ils soient familiaux, éducatifs ou institutionnels ces agressions deviennent d'autant plus destructrices, en raison du lien de confiance trahi et de la difficulté pour les victimes à se faire entendre.

Cette forme de violence met en lumière les failles persistantes dans les mécanismes de protection de l'enfance et rappelle l'impérieuse nécessité d'y répondre avec détermination et cohérence.

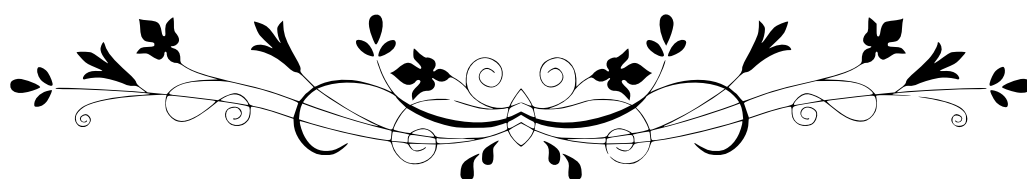
Ce fléau, longtemps occulté par des tabous culturels et des mécanismes de silence, appelle une mobilisation urgente. Il ne s'agit pas seulement d'en prendre conscience, mais d'agir de manière préventive et structurée.

Cela implique d'éduquer les enfants dès le plus jeune âge au respect de leur corps, de former les professionnels en contact avec eux à repérer les signaux d'alerte, et instaurer un environnement de confiance dans lequel la parole de l'enfant est reçue avec bienveillance, sans remise en question ni préjugé.

Par ailleurs, des réponses concrètes doivent être consolidées : renforcer les mécanismes de signalement, assurer un accompagnement psychologique adapté, responsabiliser les institutions et garantir une justice protectrice. L'enjeu est immense : il s'agit non seulement de protéger l'intégrité des enfants, mais aussi de construire une société plus vigilante, plus humaine et résolument engagée dans la défense de ses membres les plus vulnérables.



## RESUMES



## Résumé

**Introduction :** Les agressions sexuelles commises à l'encontre des mineurs représentent l'une des formes les plus graves de violence envers les enfants. Elles touchent des victimes particulièrement vulnérables, souvent incapables de se défendre ou de dénoncer les faits en raison de la peur, de la honte ou du lien de dépendance avec l'agresseur. Ce phénomène, trop souvent silencieux, soulève des enjeux majeurs en matière de protection de l'enfance, de justice et de prévention, et appelle à une prise de conscience collective face à une réalité encore largement sous-estimée.

**Objectif de l'étude :** Notre étude a pour objectif d'analyser les dimensions épidémiologiques, médico-légales et juridiques des agressions sexuelles perpétrées à l'encontre des mineurs, telles qu'observées au sein du service de médecine légale du CHU Mohammed VI de Marrakech. Il s'agit de dresser un profil détaillé de ces agressions dans le contexte spécifique de la consultation médico-légale, en mettant en évidence les caractéristiques cliniques, les éléments de contexte, les données législatives applicables, ainsi que les circonstances dans lesquelles ces violences sont signalées et prises en charge.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective analytique descriptive basée sur l'analyse de l'ensemble des dossiers des mineurs reçus au service de médecine légale au CHU Mohamed VI à Marrakech sur une période de 2 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au 31 décembre 2024. La collecte des données a été réalisée dans le strict respect de l'anonymat des victimes, à l'aide d'une grille d'analyse standardisée préalablement conçue à cet effet.

**Résultats :** L'échantillon étudié se composait de 135 filles et 49 garçons, avec un âge moyen de 13,22 ans. La majorité des victimes, soit 60,04 %, étaient inscrites dans un établissement scolaire. La victime était le benjamin de la famille dans 33,70 % des cas, et la majorité des victimes, soit 69,02 %, provenaient d'un foyer uni.

Dans 78,8 % des situations, la révélation des faits a été faite directement par la victime. 38,59% des cas se sont présentés accompagnés par la mère. Dans la majorité des situations, aucun signe d'alerte précoce n'a été identifié, et le délai entre l'agression et la consultation dépassait 72 heures.

Concernant les habitudes toxiques, elles n'ont été relevées que chez 2,17 % des victimes. Chez les parents, elles étaient présentes dans 23,83 % des cas pour le père et 0,54 % pour la mère. Par ailleurs, 1,08 % des victimes présentaient un contexte particulier de vulnérabilité.

Dans la grande majorité des cas, l'agresseur était de sexe masculin et connu par la victime. Les violences sexuelles étaient répétées dans 38,58 % des situations, survenant le plus souvent dans des lieux isolés, principalement le soir, et généralement sans recours à la contrainte physique. L'agression sexuelle consistait le plus souvent en des attouchements pour les deux sexes.

L'examen somatique a mis en évidence des lésions dans 17 cas, dominées par la présence d'ecchymoses et de dermabrasions. L'examen gynécologique réalisé chez les filles a révélé des lésions dans 57,77 % des cas, tandis que l'examen anal chez les garçons en a retrouvé dans 12,24 % des situations.

Toutes les victimes nécessitant un bilan complémentaire ou une prise en charge spécialisée ont été orientées vers les services compétents pour un suivi approprié.

**Conclusion :** Notre étude met en lumière des éléments clés sur le profil des victimes, des agresseurs et les circonstances des agressions sexuelles à l'encontre des mineurs, tout en soulignant les lacunes persistantes dans la détection et la prise en charge. Elle ouvre la voie à des recherches complémentaires portant, d'une part, sur l'évaluation à long terme des conséquences psychologiques et sociales de ces violences, et d'autre part, sur l'efficacité des stratégies de prévention et de protection mises en place. Une analyse approfondie de ces aspects pourrait contribuer à optimiser les réponses médico-légales et institutionnelles, et à renforcer la protection des enfants contre ce type de violence.

## **Abstract**

**Introduction:** Sexual assaults committed against minors represent one of the most serious forms of violence against children. They affect particularly vulnerable victims, often unable to defend themselves or to report the facts due to fear, shame, or dependency on the perpetrator. This phenomenon, too often silenced, raises major issues in terms of child protection, justice, and prevention, and calls for collective awareness of a reality that remains largely underestimated.

**Objective of the study:** The aim of our study is to analyze the epidemiological, medico-legal, and legal dimensions of sexual assaults perpetrated against minors, as observed within the forensic medicine department of Mohammed VI University Hospital in Marrakech. The objective is to establish a detailed profile of these assaults in the specific context of medico-legal consultation, highlighting clinical features, contextual factors, applicable legislative data, as well as the circumstances under which these acts of violence are reported and managed.

**Materials and methods:** This is a retrospective, descriptive, and analytical study based on the analysis of all files of minors received at the forensic medicine department of Mohammed VI University Hospital in Marrakech over a two-year period, from January 1, 2023, to December 31, 2024. Data collection was carried out in strict compliance with the anonymity of victims, using a standardized analysis grid specifically designed for this purpose.

**Results:** The study sample consisted of 135 girls and 49 boys, with a mean age of 13.22 years. Most victims (60.04%) were enrolled in school. The victim was the youngest member of the family in 33.70% of cases, and most victims (69.02%) came from a united household.

In 78.8% of cases, disclosure of the assault was made directly by the victim. 38,59% of cases were presented in the company of the mother. In most situations, no early warning signs were identified, and the time interval between the assault and the consultation exceeded 72 hours.

With regard to toxic habits, they were identified in only 2.17% of victims. Among parents, they were present in 23.83% of fathers and 0.54% of mothers. In addition, 1.08% of victims presented a particular context of vulnerability.

In the vast majority of cases, the perpetrator was male and known to the victim. Sexual assaults were repeated in 38.58% of situations, occurring most often in isolated places, mainly in the evening, and generally without the use of physical force. The sexual assault most frequently consisted of fondling in both sexes.

Physical examination revealed lesions in 17 cases, mainly ecchymoses and abrasions. Gynecological examination in girls showed lesions in 57,55% of cases, while anal examination in boys revealed them in 12,24% of cases.

All victims requiring additional investigations or specialized care were referred to the relevant services for appropriate follow-up.

**Conclusion:** Our study highlights key elements concerning the profile of victims and perpetrators, as well as the circumstances of sexual assaults against minors, while underlining persistent shortcomings in detection and management. It opens the way for further research, on the one hand into the long-term psychological and social consequences of such violence, and on the other into the effectiveness of prevention and protection strategies. A deeper analysis of these aspects could contribute to optimizing medico-legal and institutional responses, and to strengthening the protection of children against this form of violence.

## ملخص

**مقدمة :** تُعدّ الاعتداءات الجنسية المرتكبة ضد القاصرين من أخطر أشكال العنف الموجهة نحو الأطفال. فهي تطل ضحايا في غاية الهشاشة، غالبًا غير قادرين على الدفاع عن أنفسهم أو التبليغ عن الوقائع بسبب الخوف أو الخجل أو علاقة التبعية مع المعتدي. هذا الواقع، الذي يظلّ في الغالب صامتًا، يثير قضايا كبرى في مجال حماية الطفولة والعدالة والوقاية، ويدعو إلى وعي جماعي أمام ظاهرة لا تزال إلى حدّ كبير مُستهانًا بها.

**هدف الدراسة :** تهدف دراستنا إلى تحليل الأبعاد الوبائية والطبية القانونية والتشريعية للاعتداءات الجنسية المرتكبة ضد القاصرين، كما تمت معاينتها داخل مصلحة الطب الشرعي بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش. وتسعى الدراسة إلى وضع ملفّ تفصيلي لهذه الاعتداءات في السياق الخاص بالاستشارة الطبية القانونية، مع إبراز الخصائص السريرية والعوامل السياقية والمعطيات التشريعية المطبّقة، إضافةً إلى الظروف التي يتم فيها التبليغ عن هذه الأفعال والتكفّل بها.

**المواد والأساليب :** تُعتبر هذه دراسة وصفية تحليلية بائر رجعي، استندت إلى تحليل جميع ملفات القاصرين الواردة على مصلحة الطب الشرعي بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش خلال فترة سنتين، من 1 يناير 2023 إلى 31 دجنبر 2024. وقد جُمعت المعطيات مع مراعاة صارمة لسرية الضحايا، وذلك باستخدام استمارة تحليل موحّدة أُعدّت مسبقًا لهذا الغرض.

**النتائج :** تكوّنت العيّنة المدروسة من 135 فتاة و49 فتى، بمتوسط عمر بلغ 13.22 سنة. كان أغلبية الضحايا (60.04%) متمدرسين. وفي 33.70% من الحالات، كانت الضحية أصغر أفراد الأسرة سنًا، بينما جاء معظم الضحايا (69.02%) من أسر موحّدة. في 78.8% من الحالات، تم الكشف عن الوقائع مباشرةً من قبل الضحية. وقد قُدّمت 38,59% حالة بمرافقة الأم وفي معظم الحالات، لم تُسجّل أي علامات إنذار مبكرة، كما تجاوز الفاصل الزمني بين الاعتداء والاستشارة 72 ساعة.

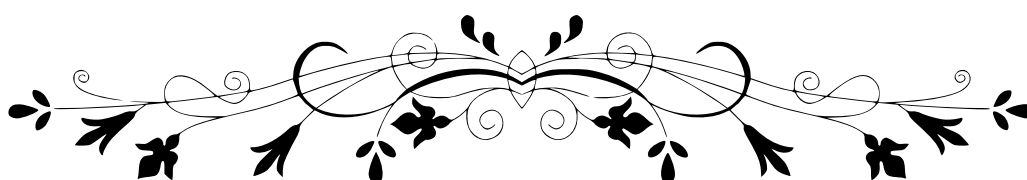
فيما يخصّ العادات السامة، لم تُسجّل سوى لدى 2.17% من الضحايا. أما عند الآباء، فكانت حاضرة في 23.83% من الآباء و0.54% من الأمهات. كما وُجدت حالة هشاشة لدى 1.08% من الضحايا.

في الغالبية العظمى من الحالات، كان المعتدي ذكراً ومعروفاً من قبل الضحية. وقد تكرر الاعتداءات الجنسية في 38.58% من الحالات، ووقعت غالباً في أماكن معزولة، خاصة في المساء، وعادةً من دون استعمال للعنف الجسدي. وتمثلت الممارسة الأكثر شيوعاً في الملامسة الجنسية لدى كلا الجنسين.

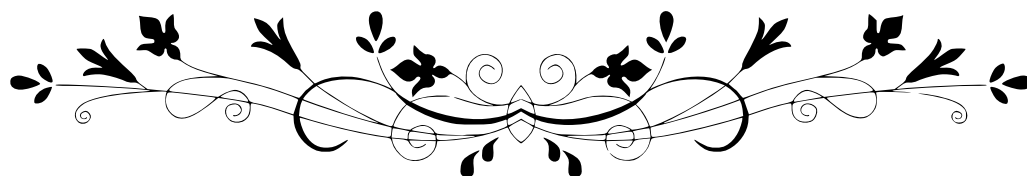
أظهر الفحص الجسدي إصابات في 17 حالة، سادت فيها الكدمات والسحجات. أما الفحص النسائي لدى الفتيات فكشف عن إصابات في 57,77% من الحالات، في حين كشف الفحص الشرجي لدى الفتيان عن إصابات في 12,24% من الحالات

جميع الضحايا الذين كانوا بحاجة إلى فحوص إضافية أو متابعة متخصصة، وُجِّهوا إلى المصالح المختصة من أجل رعاية مناسبة.

**الخاتمة:** تُبرز دراستنا عناصر أساسية تتعلق بلامح الضحايا والمعتدين وظروف الاعتداءات الجنسية ضد القاصرين، مع التأكيد على الثغرات المستمرة في مجال الكشف والتكفل. كما تفتح آفاقاً لبحوث إضافية تتعلق من جهة بتقييم العواقب النفسية والاجتماعية طويلة المدى لهذه الاعتداءات، ومن جهة أخرى بمدى فعالية استراتيجيات الوقاية والحماية المطبقة. إن تحليلاً معمقاً لهذه الجوانب من شأنه أن يساهم في تحسين الاستجابات الطبية القانونية والمؤسسية، وتعزيز حماية الأطفال من هذا النوع من العنف.



## **ANNEXES**



## Annexe 1 : Rapport médico-légal

Centre hospitalier universitaire  
**Mohammed VI**  
MARRAKECH



مركز الاستشارات الطبية  
**معمد السادس**  
مراكش

Hôpital ARRAZI

مستشفى الرازي

**Marrakech le :**

### RAPPORT MEDICOLEGAL

**Centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech**

**Hôpital ARRAZI**

**Nom et prénom :**

**Notre référence : ....**

**Médecin examinateurs : Pr ....., Dr .....**

Nous soussignés :

**Dr .....**

.

**Dr .....**

### A L'INTERROGATOIRE

Nous avons vu en date de ce jour le ..../...vers ... au service de médecine légale au CHU Mohammed VI l'enfant nommé ....., accompagné de ....., CIN :

.....

D'après les dires de :.....

### **EXAMEN CLINIQUE ET PARACLINIQUE**

**L'examen général :** .....

**L'examen  
somatique** .....

.....

### **CONCLUSION**

.....

.....

Ce certificat est remis à.....pour servir et faire valoir ce que de droit.

## Annexe 2 : Formulaire médical pour enfant victime de violence

### Formulaire médical pour Enfant Victime de Violence

N° ordre :

#### 1- IDENTIFICATION DE L'ENFANT :

Nom et prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Sexe : M  F   
Domicilié à : .....  
Accompagné par : ..... Lien avec l'enfant : .....  
Date et heure de l'examen : ..... En présence de : .....

#### 2- EVALUATION PSYCHOSOCIALE DE L'ENFANT ET DE SON ENVIRONNEMENT

Architecture familiale (description, personne s'occupant habituellement de l'enfant) :  
.....  
Profession des parents : .....  
Nombre et rang dans la fratrie : .....  
Type d'habitation : .....  
Nombre de personnes vivants sous le même toit : .....  
Scolarité : .....  
Habitudes toxiques des parents : .....

#### 3- ANTECEDENTS :

- Déroulement de la grossesse : .....  
- Déroulement de la période néonatale et post natale : .....  
- Développement psychomoteur : .....  
- Antécédents médico-chirurgicaux : .....  
- Antécédents allergiques : .....  
- Vaccinations : .....  
- Antécédents de violences antérieures : .....  
- Habitudes toxiques : .....  
Antécédents gynéco-obstétricaux (en cas de puberté) : .....  
Si agression sexuelle : Date des dernières règles :  
Règles en cours lors de l'agression : Oui  Non   
Contraception utilisée : Non  Oui  à spécifier :   
Preuve de grossesse : Oui  Non   
Nombre de semaines de grossesse : .....

#### 4- L'AGRESSION

Date, heure, lieu de l'agression : .....  
Agresser(s) :  inconnu  connu (identité) : .....  
lien avec l'enfant : .....  
Agression unique ou répétée : .....

**Description de l'agression :**

**Par l'enfant :**

.....  
 .....  
 .....

**Par l'accompagnant (nom prénom) :**

.....  
 .....

**Si agression sexuelle :**

	Pénétration	attouchement	éjaculation	Moyen utilisé	Ne sait pas
Vaginale/vulvaire					
OGE masculins					
Anale					
Orale					

Ejaculation sur le corps : si oui, quel site ?.....  
 Comportement après l'agression (Vomissements, miction, défécation, lavage des dents, changement de vêtement) :.....

**Si agression physique :**

Les moyens ou armes utilisés :.....  
 La localisation des coups et blessures :.....  
 Les signes fonctionnels ressentis ou symptômes présents :.....

**Si agression psychologique :**

Description.....

**Si privations ou négligences :**

Description.....

**5- EXAMEN MEDICAL**

**Examen général :**

Aspect extérieur (vêtement, cheveux, handicap évident) :.....  
 Poids :                                      Taille :                                      Périmètre crânien (nourrisson) :  
 Pouls :                                      Tension artérielle :                                      Température :  
 Stade pubertaire :  
 Etat nutritionnel :

**Evaluation psychologique :**.....  
 .....

**Examen physique :**

Décrire systématiquement, en le notant sur le pictogramme, l'emplacement exact des blessures en précisant le type, le siège, les dimensions, la couleur, la forme et d'autres détails.

Tête et visage :	Bouche et nez :
Yeux et oreilles :	Cou :
Thorax :	Dos :
Abdomen :	Fesses :
Membres supérieurs :	Membres inférieurs :

**Examen génital et anal:**

Décrire les lésions et les noter sur le pictogramme

Aspect du périnée : .....

Aspect de la verge et du scrotum.....

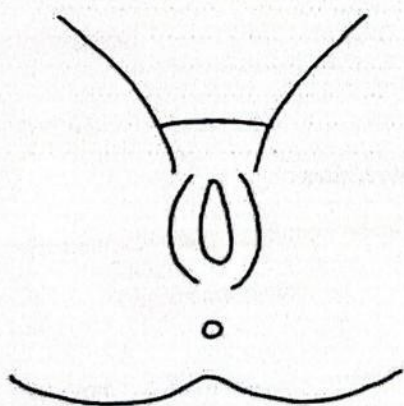
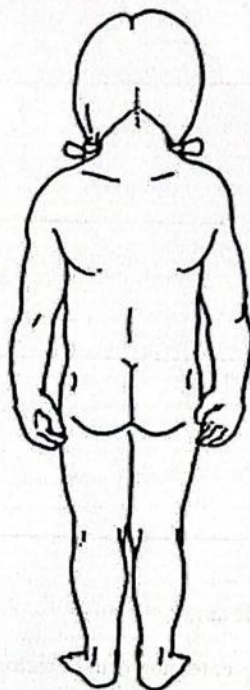
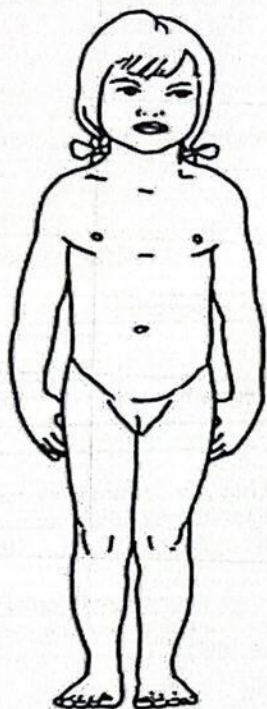
Aspect de la vulve : .....

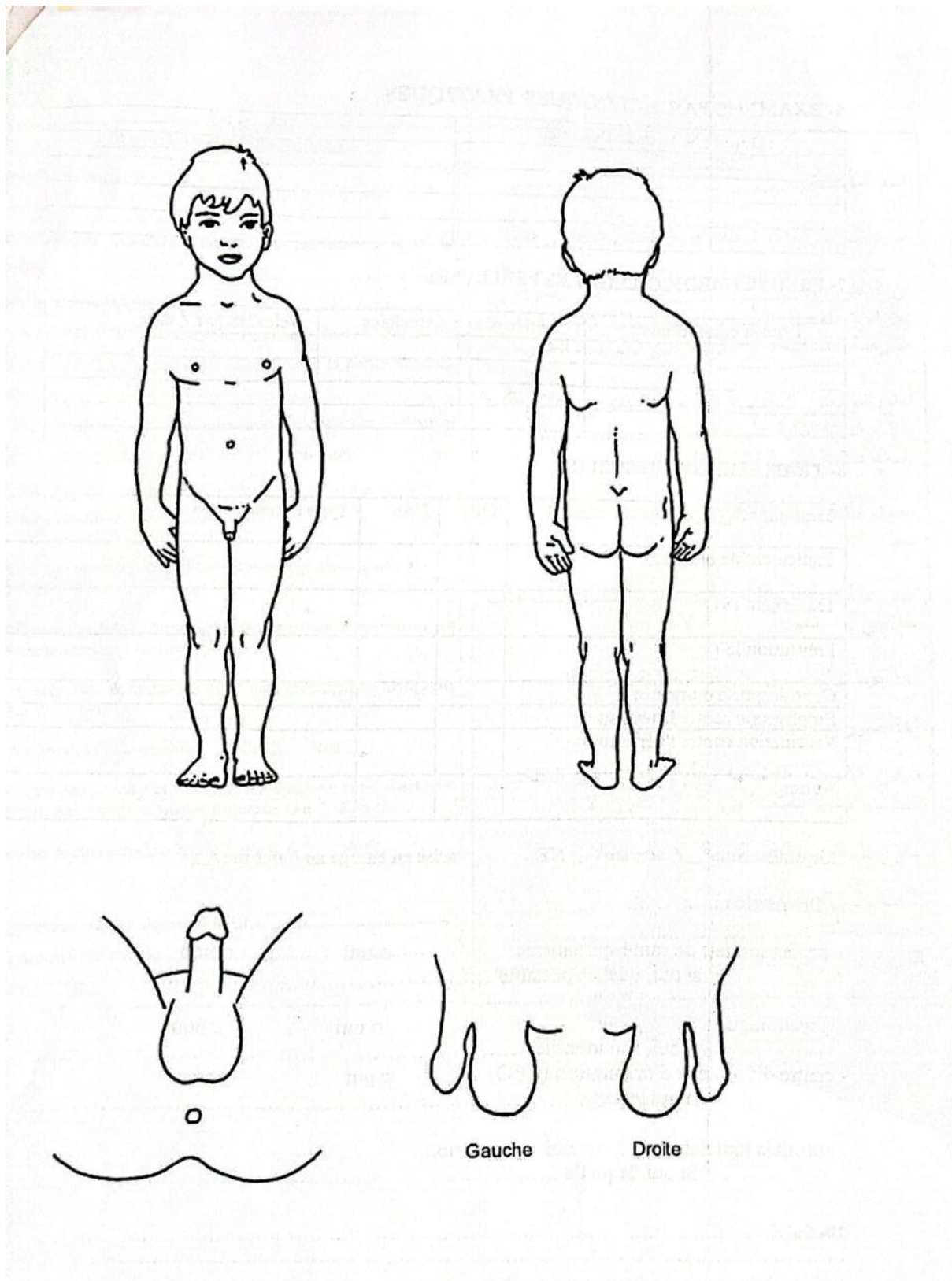
Aspect de l'hymen : .....

Aspect de l'anus: .....

**Si photographies prises, préciser nombre, sites :**

Pictogrammes







<b>Formulaire de consentement</b>	<b>جذابة موافقة</b>
Nom de la structure : .....	اسم المؤسسة : .....
Je soussigné, (inscrire l'identité du représentant légal du mineur)..... atteste que le Docteur..... m'a expliqué la procédure de l'examen, de la collecte des preuves et de la remise des constatations à la police et/ou au tribunal.	أشهد أنا الموقع (ة) أسفله، (هوية الممثل القانوني للطفل)..... ..... أن الدكتور(ة)..... قام بشرح إجراءات الفحص الطبي وجميع وسائل الإثبات و تمكين الشرطة القضائية و/أو المحكمة من المعاينات المجرة.
J'autorise la structure sanitaire nommée ci-dessus à effectuer les interventions suivantes sur l'enfant : .....	أمنح موافقتي للمؤسسة الصحية المذكورة اعلاه للقيام بالإجراءات التالية على الطفل :..... (ضع علامة على الخانة المناسبة) :
(cocher les cases correspondantes) :	إجراء فحص طبي بما في ذلك للأعضاء التناسلية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
Pratiquer un examen médical y compris gynécologique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	أخذ عينات بيولوجية من أجل إجراء تحاليل ذات هدف علاجي <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
Prélever des échantillons biologiques pour toute investigation à visée médicale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	أخذ عينات للحصول على أدلة جنائية نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Prélever des échantillons pour une investigation criminelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	أخذ صور فوتوغرافية نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Prendre des photographies Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	تمكين الشرطة القضائية و/أو المحاكم من العينات و البيانات الطبية المتعلقة بي نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Fournir les preuves et l'information médicale concernant mon affaire à la police et/ou aux tribunaux Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	علاج كل المضاعفات الطبية نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Traiter toute complication médicale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	إمضاء الممثل القانوني : .....
Signature du représentant légal.....	إمضاء الشاهد : .....
Signature du témoin .....	التاريخ : .....
Date : .....	

## Annexe 3 : Fiche d'exploitation

### I. Identification de l'enfant :

Référence du dossier : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Âge : \_\_\_\_\_ ans

Niveau de scolarité :

Préscolaire  Primaire  Collège  Lycée

Non scolarisé

### II. Évaluation psychosociale de l'enfant et de son environnement familial:

Architecture familiale:

Famille unie  Parents divorcés  Mère célibataire  Autres : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle des parents :

Père :  Oui  Non      Mère :  Oui  Non

Habitudes toxiques des parents :

Père :  Oui  Non      Mère :  Oui  Non

Nombre d'enfants dans la fratrie : \_\_\_\_\_

Rang dans la fratrie : \_\_\_\_\_

Nombre de personnes vivant sous le même toit : \_\_\_\_\_

### III. Antécédents :

Antécédents médicaux : \_\_\_\_\_

Antécédents chirurgicaux : \_\_\_\_\_

Grossesse désirée :  Oui  Non

Développement psychomoteur :

Normal  Anormal

Habitudes toxiques :  Oui  Non

Si oui : laquelle :  Tabac  Alcool  Drogues

Autres : \_\_\_\_\_

Antécédents de violence antérieurs :

Oui  Non

Type : \_\_\_\_\_

**IV. Modalités de consultation :**

Mode de révélation :  Victime  Proche

Type de consultation :  Libre  Réquisition judiciaire

Accompagnant : \_\_\_\_\_

Délai de consultation : \_\_\_\_\_

Signes d'appel: **conséquence de l'acte :**

Douleur abdominopelvienne  Cystite /

Vulvite  Infection génitale  Saignement

Grossesse  Échec scolaire  Tentative de

suicide  Comportement passif  Comportement

agressif  Autres : \_\_\_\_\_

**V. Identification de l'agresseur :**

Sexe :  Masculin  Féminin

Nombre d'agresseurs : \_\_\_\_\_

Lien entre l'agresseur et la victime : \_\_\_\_\_

Agresseur sous emprise d'une substance (alcool, drogue...):  Oui  Non

**VI. Circonstances de l'agression :**

Date / Heure de l'agression: \_\_\_\_\_

Lieu de l'agression: \_\_\_\_\_

Aggression unique ou répétée : \_\_\_\_\_

Moyens utilisés pour agression :

Menace d'arme blanche  agression physique

## Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas

---

- Séduction de mariage  Chantage  
 Séquestration  Soumission chimique

Type d'agression sexuelle :

- Avec pénétration  Tentative de pénétration

Site d'éjaculation :  Interne  Externe

Nombre de fois d'éjaculation : \_\_\_\_\_

- Attouchements sexuels :

Autres : \_\_\_\_\_

Autres types d'agressions :

Aggression physique :  Oui  Non

Si oui : par qui :

- Agresseur  Père  Mère  Auto-blessure

Moyens : \_\_\_\_\_

Localisation : \_\_\_\_\_

Aggressions psychologique :  Oui  Non

### VII. Examen général :

État de la victime :  Conscient  Confus

Inconscient  Handicapé

Aspect extérieur : Vêtements :  Déchirés

Souillés (sang/sperme)

Puberté :  Oui  Non

Lésions de défense :  Oui  Non

Si oui :  avant-bras  au niveau de la face interne des cuisses

Examen génital :

Aspect du périnée : \_\_\_\_\_

Aspect de la vulve : \_\_\_\_\_

## Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude de cas

---

Aspect de l'hymen :  Lésion récente  Lésion ancienne

Examen anal :

Type de lésion : \_\_\_\_\_

Etat du sphincter :  Relâché  Normal

Autres des autres appareils :  Oui  Non

Particularités : \_\_\_\_\_

### VIII. Bilans complémentaires :

Bilan biologique :  Oui  Non

Si oui lequel : \_\_\_\_\_

Résultat : \_\_\_\_\_

Bilan radiologique :  Oui  Non

Si oui lequel : \_\_\_\_\_

Résultat : \_\_\_\_\_

Prélèvements médico-légaux :  Oui  Non

Type/Emplacements : \_\_\_\_\_

### IX. Traitements prescrits :

IST :  Oui  Non

Si oui lequel: \_\_\_\_\_

Prévention IST :

Contraception d'urgence :

Prophylaxie contre le tétanos :

Traitement des blessures :

Autres : \_\_\_\_\_

**X. Orientation :**

Avis spécialisé :  Oui  Non

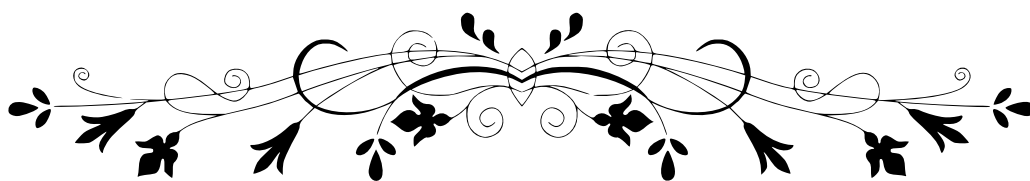
Si oui quel service : \_\_\_\_\_

Centre d'écoute et d'orientation :  Oui  Non

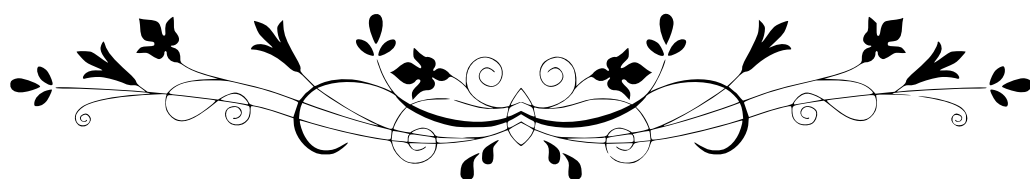
Autorités judiciaires:  Oui  Non

**XI. Suivi :**

Suivi :  Oui  Non



## **BIBLIOGRAPHIE**



1. **Nations Unies.**  
Convention relative aux droits de l'enfant.  
*Nations Unies, New York; 1989.*
2. **Organisation mondiale de la Santé (OMS).**  
Rapport mondial sur la violence et la santé.  
*OMS, Genève; 2002.*
3. **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).**  
Protéger les enfants contre les violences sexuelles.  
*UNICEF, New York; 2010.*
4. **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).**  
Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children.  
*UNICEF, New York; 2014.*
5. **Save the Children.**  
Out from the Shadows: Sexual violence against children.  
*Save the Children, Londres; 2013.*
6. **Conseil de l'Europe.**  
Lignes directrices de la Convention de Lanzarote.  
*Conseil de l'Europe, Strasbourg; 2007-2010.*
7. **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) Maroc.**  
Analyse de la situation des enfants au Maroc.  
*UNICEF Maroc, Rabat; 2019.*
8. **Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH).**  
Violences sexuelles faites aux enfants : pour une prise en charge intégrée.  
*CNDH, Rabat; 2019.*
9. **Collectif Printemps de la Dignité.**  
Rapport alternatif sur les violences sexuelles au Maroc.  
*Collectif Printemps de la Dignité, Rabat; 2016.*

10. **Royaume du Maroc.**  
Code de la famille (Moudawana).  
*Ministère de la Justice, Rabat; 2004.*
11. **Royaume du Maroc.**  
Loi n°22-01 relative à la procédure pénale et à la justice des mineurs.  
*Ministère de la Justice, Rabat; 2004.*
12. **Royaume du Maroc.**  
Code pénal : article 485.  
*Ministère de la Justice, Rabat; 2004.*
13. **World Health Organization (WHO).**  
Report of the Consultation on Child Abuse Prevention.  
*WHO, Geneva; 1999.*
14. **Nations Unies.**  
Convention relative aux droits de l'enfant : articles 19 et 34.  
*Nations Unies, New York; 1989.*
15. **Organisation mondiale de la Santé (OMS).**  
INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children.  
*OMS, Genève; 2016.*
16. **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ECPAT, Organisation mondiale de la Santé (OMS).**  
Protéger les enfants contre l'exploitation sexuelle.  
*ECPAT France, Paris; 2006.*
17. **Organisation mondiale de la Santé (OMS).**  
World Health Organization definitions on child sexual abuse and exploitation.  
*OMS, Genève; 2003-2016.*
18. **Nations Unies.**  
Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants.  
*Nations Unies, New York; 2000.*

19. **Lalor K, McElvaney R.**  
Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behaviour, and prevention/treatment programs: a review.  
*Trauma Violence Abuse. 2010;11(4):159-177.*
20. **Baudino C.**  
Les violences sexuelles à l'égard des enfants en Afrique subsaharienne.  
*IRIS, Paris; 2015.*
21. **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).**  
Conflits armés et violences sexuelles – Cas de la République démocratique du Congo.  
*UNICEF, Kinshasa; s.d.*
22. **Kouadio KL, Konan YL, N'Guessan KR, Aka KD.**  
Étude sur les violences sexuelles chez les enfants : expérience du CHU de Treichville.  
*Rev Méd Afr Noire. 2012;59(8):421-426.*
23. **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) Maroc.**  
Étude nationale sur la violence à l'égard des enfants au Maroc.  
*UNICEF Maroc, Rabat; 2018.*
24. **Taschetta A, Association Bayti.**  
La maltraitance sexuelle des enfants au Maroc : état des lieux, représentations sociales et propositions d'action.  
*Association Bayti, Casablanca; 2020.*
25. **Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ.**  
A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world.  
*Child Maltreat. 2011;16(2):79-101.*
26. **Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA).**  
Violence against women: an EU-wide survey – main results.  
*FRA, Luxembourg; 2014.*
27. **National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC).**  
Child sexual abuse statistics.  
*NSPCC, Londres; 2021.*

28. **Swedish National Council for Crime Prevention (Brå).**  
Sexual offences against children and young people.  
*Brå, Stockholm; 2021.*
29. **Institut national d'études démographiques (INED).**  
Enquête VIRAGE : violences et rapports de genre en France.  
*INED, Paris; 2020.*
30. **Ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse (BMFSFJ).**  
Kinderschutzbericht 2022.  
*BMFSFJ, Berlin; 2022.*
31. **National Center for Victims of Crime (NCVC).**  
Child sexual abuse statistics.  
*NCVC, Washington DC; s.d.*
32. **Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S.**  
The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence.  
*J Adolesc Health. 2014;55(3):329-333.*
33. **Statistique Canada.**  
Violences sexuelles envers les enfants et les jeunes au Canada.  
*Gouvernement du Canada, Ottawa; 2021.*
34. **Ministério da Saúde.**  
Violência: notificações e proteção das crianças et adolescentes.  
*Ministério da Saúde, Brasília; 2022.*
35. **Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).**  
Violencia y abuso infantil en México.  
*INSP, Cuernavaca; 2021.*
36. **Ministry of Women and Child Development (MWCD).**  
Study on child abuse: India 2007.  
*MWCD, New Delhi; 2007.*

37. **ECPAT International, UNICEF, Save the Children.**  
Regional overview: sexual exploitation of children in South Asia.  
*ECPAT International, Bangkok; 2021.*
38. **China Law Society.**  
Child sexual abuse and legal responses in China.  
*China Law Society, Beijing; 2020.*
39. **SAHIL Organization.**  
Cruel Numbers 2022: Child sexual abuse statistics in Pakistan.  
*SAHIL, Islamabad; 2022.*
40. **Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, et al.**  
The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction.  
*Child Abuse Negl. 2004;28(7):771-784.*
41. **Finkelhor D.**  
Epidemiological issues in the study of child sexual abuse.  
*Child Abuse Negl. 1993;17(1):67-70.*
42. **Sullivan PM, Knutson JF.**  
Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study.  
*Child Abuse Negl. 2000;24(10):1257-1273.*
43. **Briere JN, Elliott DM.**  
Immediate and long-term impacts of child sexual abuse.  
*Future Child. 1994;4(2):54-69.*
44. **Johnson TC.**  
Helping children with sexual behavior problems: a guidebook for professionals and caregivers.  
*Safer Society Press, Brandon (VT); 2004.*
45. **Arata CM.**  
Child sexual abuse and sexual revictimization.  
*Clin Psychol Sci Pract. 2002;9(2):135-164.*

46. **Finkelhor D.**  
Childhood victimization: violence, crime, and abuse in the lives of young people.  
*Oxford University Press, New York; 2007.*
47. **Glasser M, Kolvin I, Campbell D, Glasser A, Leitch I, Farrelly S.**  
Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator.  
*Br J Psychiatry. 2001;179(6):482-494.*
48. **Seto MC, Barbaree HE.**  
Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism.  
*J Interpers Violence. 1997;12(3):379-390.*
49. **Abel GG, Harlow N.**  
The stop child molestation book.  
*Xlibris Press, Bloomington (IN); 2001.*
50. **Ward T, Hudson SM, Marshall WL, Siegert RJ.**  
Attachment style, intimacy deficits, and child molesters.  
*J Child Sex Abus. 1996;5(3):55-73.*
51. **Beech AR, Fisher D.**  
Personality disorders, emotional dysfunction, and cognitive distortions in child abusers: a review.  
*J Sex Aggress. 2002;8(1):3-24.*
52. **Kafka MP.**  
Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V.  
*Arch Sex Behav. 2010;39(2):377-400.*
53. **Simons DA, Wurtele SK, Durham RL.**  
Developmental experiences of child sexual abusers.  
*Child Abuse Negl. 2008;32(5):495-508.*
54. **Dubowitz H.**  
Understanding and addressing the "neglect of neglect".  
*Child Maltreat. 2006;11(2):111-120.*

55. **Sidebotham P, Heron J.**  
Child maltreatment in the UK: risk factors associated with child maltreatment.  
*J Epidemiol Community Health.* 2006;60(2):107-112.
56. **Trickett PK, Noll JG, Putnam FW.**  
The impact of sexual abuse on female development: a multigenerational longitudinal study.  
*Dev Psychopathol.* 2011;23(2):453-476.
57. **Drake B, Pandey S.**  
Neighborhood poverty and specific types of child maltreatment.  
*Child Abuse Negl.* 1996;20(11):1003-1018.
58. **Jonzon E, Lindblad F.**  
Disclosure, reactions, and social support in adult victims of child sexual abuse.  
*Child Maltreat.* 2006;11(1):63-69.
59. **Bowlby J.**  
A secure base: parent-child attachment and healthy human development.  
*Basic Books, New York;* 1988.
60. **Ullman SE.**  
Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms.  
*J Interpers Violence.* 2007;22(10):123-145.
61. **Leclerc B, Wortley R, Smallbone S.**  
Victim resistance in child sexual abuse: offender modus operandi and victim characteristics.  
*Sexual Abuse.* 2010;22(1):25-41.
62. **Hall DK, Mathews F, Pearce J.**  
Reconceptualizing children's sexual behavior problems.  
*Child Abuse Negl.* 2002;26(5):501-512.
63. **Briere J, Elliott DM.**  
Immediate and long-term impacts of child sexual abuse.  
*Future Child.* 1994;4(2):54-69.

64. **Berliner L, Conte JR.**  
Effects of disclosure and intervention on sexually abused children.  
*Child Abuse Negl.* 1995;19(3):371-384.
65. **UNICEF.**  
Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children.  
*UNICEF, New York; 2014.*
66. **Save the Children.**  
Children on the move: a rights-based approach to protection.  
*Save the Children, London; 2021.*
67. **World Health Organization (WHO), BZgA.**  
Standards for sexuality education in Europe.  
*WHO Regional Office for Europe, Cologne; 2010.*
68. **UNICEF.**  
Child online protection in action: global challenges and strategies.  
*UNICEF, New York; 2017.*
69. **Euser S, Alink LR, Tharner A, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ.**  
Prevalence of child sexual abuse in out-of-home care.  
*Child Maltreat.* 2013;18(4):221-231.
70. **UNICEF MENA.**  
Child protection and harmful practices in the MENA region.  
*UNICEF, Amman; 2019.*
71. **Nations Unies.**  
Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants.  
*Nations Unies, New York; 2000.*
72. **Cour européenne des droits de l'homme.**  
Affaire *M.C. c. Bulgarie.*  
*CEDH; 2003.*

73. **Cour européenne des droits de l'homme.**  
*Affaire O'Keefe c. Irlande.*  
*CEDH; 2014.*
74. **United States Congress.**  
PROTECT Act.  
*U.S. Government Printing Office, Washington (DC); 2003.*
75. **United States Department of Justice.**  
Megan's Law.  
*DOJ, Washington (DC); 1996.*
76. **United States Congress.**  
Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA).  
*U.S. Department of Health and Human Services, Washington (DC); 1974.*
77. **Gouvernement du Canada.**  
Code criminel canadien – Articles 151 à 153.1.  
*Ministère de la Justice, Ottawa; 1985.*
78. **Gouvernement du Québec.**  
Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ).  
*Éditeur officiel du Québec, Québec; 1977.*
79. **Gouvernement du Canada.**  
Stratégie nationale pour la prévention de l'exploitation sexuelle en ligne des enfants.  
*Sécurité publique Canada, Ottawa; 2020.*
80. **Organisation des États américains (OEA).**  
Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (Belém do Pará).  
*OEA, Belém do Pará; 1994.*
81. **Organisation des États américains (OEA).**  
Convention américaine relative aux droits de l'homme (Pacte de San José).  
*OEA; 1969.*

- 82. Royaume du Maroc.**  
Code pénal marocain.  
*Royaume du Maroc; s.d.*
- 83. Dupont F, et al.**  
Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs.  
*Annales Médico-Psychologiques. 2014;172(10):770-776.*
- 84. Wiedemann C, et al.**  
Agressions sexuelles sur mineurs : étude d'une population d'enfants ayant consulté en unité médico-judiciaire hospitalière.  
*Annales Médico-Psychologiques. 2018;176(6):579-586.*
- 85. Hajji L.**  
Manifestations psychiatriques des agressions sexuelles sur mineurs : à propos de 50 cas.  
*Annales d'anatomie et de pathologie. 2025.*
- 86. Cissé CT.**  
Aspects épidémiocliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar.  
*J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2014;43(10):748-755.*
- 87. Leye E, et al.**  
Facteurs associés au retard de consultation sanitaire des victimes de viols au Sénégal.  
*J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2019;48(9):769-776.*
- 88. Ghorbel M, Ben Jazia E, Karray M, Yacoub S.**  
Les agressions sexuelles chez les mineurs : étude rétrospective au CHU de Sfax.  
*Rev Tunisienne de Médecine Légale et de Droit de la Santé. 2018.*
- 89. El Dessouky DA, El Sokkary MM, Hassan NAGM.**  
Pattern of genital injuries in child sexual abuse cases: a medico-legal study in Egypt.  
*Egyptian Journal of Forensic Sciences. 2019;9(1):14.*
- 90. Diallo A, et al.**  
Mon Enfant, Ma Vie – Rapport sur les abus sexuels chez les mineurs.  
*Rapport associatif; 2021.*

91. **Bardaa S, et al.**  
Violences volontaires chez l'enfant : données épidémiologiques et conséquences médico-légales.  
*Annales Médico-Psychologiques; s.d.*
92. **Hamouda S, et al.**  
Enfants victimes de violences sexuelles en consultation de pédopsychiatrie.  
*Annales Médico-Psychologiques; s.d.*
93. **Léguay L.**  
Les agressions sexuelles chez les mineurs : aspects médico-légaux et psychopathologiques.  
*Université de Tours; 2011.*
94. **Hajji L, et al.**  
Agressions sexuelles sur mineurs : bilan d'activité de l'unité de médecine légale du CHU Ibn Sina de Rabat en 2022.  
*ScienceDirect; 2024.*
95. **Koné M.**  
Aspects médico-légaux et prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Bamako.  
*Bibliothèque Santé Mali; 2014.*
96. **Amine M, El Khatib K, et al.**  
Agressions sexuelles chez l'enfant au Maroc : analyse clinique de 86 cas.  
*Revue Marocaine de Pédiatrie. 2016;27(2).*
97. **Jewkes R, Mathews S, Vetten L, Lombard C, Abrahams N.**  
Abuse of children in South Africa: a rights-based approach to prevention.  
*The Lancet. 2002;359(9306):417-422.*
98. **Kellogg N; Committee on Child Abuse and Neglect.**  
The evaluation of sexual abuse in children.  
*Pediatrics. 2005;116(2):506-512.*
99. **Mathews S, et al.**  
Child homicide patterns in South Africa.  
*South African Medical Research Council; 2013.*

100. **Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, et al.**  
Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS-2018).  
*Public Health Agency of Canada; 2018.*
101. **Jaspard M, Lucas S, Roux A, et al.**  
Enquête VIRAGE – Violences et rapports de genre.  
*INED; 2016.*
102. **Cappa C, Petrowski J, et al.**  
A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents.  
*UNICEF; 2017.*
103. **Wolak J, Mitchell KJ, Finkelhor D.**  
Internet sex crimes against minors: the response of law enforcement.  
*J Adolesc Health. 2003;32(6):370-377.*
104. **Irgui F, Ait Boughima F, et al.**  
Bilan d'activité de l'unité de prise en charge des femmes et enfants victimes de violences au CHU Ibn Sina de Rabat.  
*Médecine Légale. 2019;30(2):61-67.*
105. **Dollinger M.**  
Violences sexuelles durant l'enfance.  
*Université de Strasbourg; 2016.*
106. **Hayez J-Y.**  
Abus sexuels sur mineurs.  
*Encyclopédie Médico-Psychologique. 1999;25(8):611-622.*
107. **Guyod M, Guyod F.**  
Des violences sexuelles, ou de l'impératif catégorique moral et épistémologique de ne plus recourir au vocable d'abus sexuel.  
*Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2022;70(3):133-139.*
108. **Guillet-May F, Thiebaugeorges O.**  
Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol.  
*EMC Médecine Légale. 2004;1(4):217-225.*

109. **Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D.**  
Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies.  
*Psychol Bull.* 1993;113(1):164–180.
110. **Côté L, Lavoie F.**  
Caractéristiques des enfants victimes d’agression sexuelle selon les données cliniques d’un centre spécialisé.  
*Revue de psychoéducation.* 2016;45(2):281–302.
111. **Tourigny M, et al.**  
Étude sur les trajectoires de dévoilement des agressions sexuelles à l’enfance.  
*Revue de criminologie.* 2011;44(1):75–92.
112. **Montreuil M, et al.**  
Le rôle du soutien social dans le rétablissement des jeunes victimes d’agression sexuelle.  
*Service social.* 2012;58(2):101–125.
113. **Hervouet L.**  
Violences sexuelles intrafamiliales en Polynésie française.  
*Rapport universitaire;* 2023.
114. **Charruault A.**  
Parcours de jeunes et violences subies.  
*Rapport institutionnel;* 2021.
115. **Bellehumeur É.**  
Soutien parental et agression sexuelle : différences entre figures parentales.  
*Université du Québec en Outaouais;* 2024.
116. **Marleau J.**  
Facteurs associés aux abus sexuels à l’enfance.  
*Université de Montréal;* 2001.
117. **Averdijk M, Eisner M, et al.**  
Étude Optimus Suisse : victimisation sexuelle des enfants et adolescents en Suisse.  
*Université de Lausanne;* 2012.

118. **Commission Indépendante sur l’Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants (CIIVISE).**  
Rapport 2021.  
*France; 2021.*
119. **Giguère A, Payant M.**  
Effet du Programme d’évaluation, de traitement et de recherche pour les auteurs d’agression sexuelle (PETRAAS).  
*Rapport institutionnel, Québec; 2020.*
120. **Barriault M.**  
Les trajectoires des auteurs d’agression sexuelle : analyse des facteurs de récidence.  
*Université du Québec à Trois-Rivières; 2018.*
121. **Bichot J.**  
Le fardeau des crimes et délits qui provoquent les blessures de l’intimité.  
*Essai académique; 2016.*
122. **Thibaut F.**  
Les abus sexuels : des clefs indispensables pour comprendre, aider et prévenir.  
*Paris : Odile Jacob; 2015.*
123. **Chariot P, et al.**  
Violences sexuelles en Seine-Saint-Denis, France.  
*Annales de Médecine Légale; 2010.*
124. **Mouneinga D, et al.**  
Sexual abuse of minors: 63 cases at Mouila Regional Hospital in Gabon.  
*Scientific Archives J Clin Case Rep. 2023.*
125. **Bassowa A, et al.**  
Étude des violences sexuelles sur mineurs à Lomé.  
*Mémoire universitaire; 2018.*
126. **Bagayoko A, et al.**  
Étude des abus sexuels chez les mineurs au Mali.  
*Mémoire universitaire; 2021.*

127. **Khemakhem R, et al.**  
Agressions sexuelles sur mineurs : aspects médico-légaux et psychologiques.  
*J Pédiatrie Puériculture. 2023.*
128. **Collin-Vézina D, et al.**  
Agression sexuelle et symptômes de dissociation chez des filles d'âge scolaire.  
*Rev Québécoise Psychologie. 2007;28(3):125-143.*
129. **Bamber H, McGregor J.**  
The evaluation of evidence in cases of sexual assault.  
*J Forensic Sci. 1996;41(5):833-837.*
130. **Modelli MES, Galvão MF, Pratesi R.**  
Child sexual abuse: an epidemiological study of 3607 suspected cases in Brazil.  
*Forensic Sci Int. 2011;212(1-3):33-37.*
131. **Monasterio E, Schapiro R.**  
Adolescent Sexual Health.  
*Oxford University Press; 2018.*
132. **Martrille L, et al.**  
La grossesse après viol : aspects médico-légaux et psychosociaux.  
*Rev Méd Légale. 2013;4(4):153-160.*
133. **Adama-Hondégla M, et al.**  
La grossesse après viol : aspects cliniques et psychologiques.  
*J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2019.*
134. **Haute Autorité de Santé (HAS).**  
Violences sexuelles : repérage et prise en charge des mineurs.  
*Recommandations professionnelles; 2017.*
135. **Jésu F.**  
De l'audition à l'écoute : accompagner l'enfant victime.  
*J Droit Jeunes. 2004;237:43-52.*

136. **Walter E.**  
Prise en charge médico-légale des mineurs victimes de violences sexuelles.  
*Université de Lorraine; 2015.*
137. **Espace collaboratif contre la pédocriminalité.**  
Le protocole NICHHD.  
*Guide professionnel; 2020.*
138. **Cyr M, Dion J, Hershkowitz I, et al.**  
L'audition de mineurs témoins ou victimes : efficacité du protocole NICHHD.  
*Rev Int Criminol Police Tech Sci. 2013;66(1):45-60.*
139. **Ministère des Solidarités et de la Santé (France).**  
Guide pratique de l'examen médical des victimes de violences sexuelles.  
*France; 2011.*
140. **World Health Organization (WHO).**  
Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.  
*WHO, Geneva; 2003.*
141. **Ministère de la Santé (Maroc).**  
Normes et standards de prise en charge des femmes et enfants survivants à la violence.  
*Rabat : Ministère de la Santé; 2007.*
142. **Chakhtoura Z, Simon A, Duflos C, Thibaud E.**  
Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente.  
*EMC - Pédiatrie. 2011;4-107-D-20.*
143. **Collin C.**  
Prise en charge pédiatrique d'une mineure victime d'abus sexuels.  
*Mémoire universitaire; s.d.*
144. **Bassino E, Jardé O, et al.**  
Médecine légale clinique.  
*Paris : Elsevier Masson; 2014.*

145. **Ministère des Solidarités et de la Santé (France).**  
Guide pratique de l'examen médical des victimes de violences sexuelles.  
*France; 2011.*
146. **World Health Organization (WHO).**  
Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.  
*Geneva: WHO; 2003.*
147. **Ministère de la Santé (Maroc).**  
Guide de prise en charge médico-légale des victimes de violences basées sur le genre.  
*Rabat : Ministère de la Santé; 2014.*
148. **Organisation mondiale de la santé (OMS).**  
Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines.  
*Geneva: WHO; 2017.*
149. **Ministère de la Justice (Maroc).**  
Circulaire n°46 S/3 relative aux certificats médico-légaux.  
*Rabat : Ministère de la Justice; 2003.*
150. **Putnam FW.**  
Ten-year research update review: Child sexual abuse.  
*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42(3):269-278.*
151. **Maniglio R.**  
The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews.  
*Clin Psychol Rev. 2009;29(7):647-657.*
152. **Molnar BE, Berkman LF, Buka SL.**  
Psychopathology, childhood sexual abuse, and other childhood adversities: links to suicidal behaviour.  
*Psychol Med. 2001;31(6):965-977.*
153. **Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T.**  
Long-term health consequences of child abuse and neglect: systematic review and meta-analysis.  
*PLoS Med. 2012;9(11):e1001349.*

**154. UNICEF.**

Child protection from violence, exploitation and abuse.

*New York: UNICEF; 2014.*

**155. Zucchello–Bachmann S.**

Amélioration de la qualité de prise en charge des victimes d'agression sexuelle aux urgences pédiatriques.

*Université de Genève; 2022.*

**156. Amiar M, Boudraa Z.**

Aspects médico-légaux de la prise en charge des violences sexuelles à Constantine (2010–2021).

*Université Constantine 3; 2024.*

**157. Haute Autorité de Santé (HAS).**

Repérage et signalement des violences sexuelles chez les mineurs.

*Saint-Denis : HAS; 2019.*



# قسم الطبيب

أُقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الطَّرُوفِ  
وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِهِ وَسَعْيِي فِي إِتْقَانِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ  
وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كَرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِهِ رِعَايَتِي لِلطَّبِيبَةِ الْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ  
وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَتَأَيَّرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهُ.

وَأَنْ أُوَقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْنَعُنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ مُتَعَاوِنِينَ  
عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مُصَدِّقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي،

بِقِيَّةٍ مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ

والله على ما أقول شهيد







كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 382

سنة 2025

# الاعتداءات الجنسية على القاصرين: دراسة حالات

## الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2025/12/31  
من طرف

**الآنسة صفاء السميري**

المزودة في 14 غشت 2000 بأسفي

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

## الكلمات الأساسية:

اعتداء جنسي – قاصر – شهادة الطب الشرعي-عينات الطب الشرعي

## اللجنة

الرئيس

**م. بروس**

السيد

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

**ع. دامي**

السيد

أستاذ مبرز في الطب الشرعي

**ط. سلامة**

السيد

أستاذ في جراحة الأطفال

**و. لحميني**

السيدة

أستاذة في طب الأطفال

**ب. العباسي**

السيدة

أستاذة في الطب النفسي للأطفال

الحكام

